

# КНИГА 1

[www.neurologyinclinicalcases.com](http://www.neurologyinclinicalcases.com)



# НЕВРОЛОГИЯ

В КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЯХ

д-р Камен Геннадиев Каменов

# НЕВРОЛОГИЯ В КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЯХ

## ПЕРВАЯ КНИГА

Эта книга объединяет реальный клинический опыт и ориентированные на практику неврологии теоретические знания. В ее 70 документах представлено в общей сложности 85 клинических случаев, которые иллюстрированы 704 изображениями и 9 таблицами. Кроме того, она также включает 10 кратких биографий врачей, внесших вклад в развитие неврологии как современной науки.

Желаем читателям нашей книги приятной и полезной работы.

**д-р Камен Геннадиев КАМЕНОВ**

[www.neurologyinclinicalcases.com](http://www.neurologyinclinicalcases.com)

ISBN 978-2-491776-02-2

**КОСКАНЕН Галина Ивановна**

корректор текстов на русский язык

*Фото автора на первой странице:  
Вилючинская Сопка, Камчатка, Россия*

## Содержание

001. Хороший анамнез – это первый шаг к правильному диагнозу .....	4
002. Один хорошо снятый анамнез, и мы снова поставили правильный диагноз .....	11
003. Каков Ваш диагноз (1) .....	16
004. Транзиторная ишемическая атака .....	22
005. Транзиторная ишемическая атака .....	28
006. Транзиторная ишемическая атака .....	33
007. Один классический ишемический лакунарный инсульт.....	37
008. При головокружении всегда надо проверять артериальное кровообращение мозга .....	40
009. Менингеальный синдром: он не всегда инфекционного происхождения .....	45
010. Спонтанное субарахноидальное кровоизлияние: типичный случай.....	49
011. Транзиторная глобальная амнезия.....	60
012. Один особый случай обратимой лейкоэнцефалопатии .....	63
013. Один вид тремора, который обязательно надо знать .....	67
014. Аспирационная пневмония: частая проблема у неврологических пациентов .....	72
015. Один асимптоматический стеноз внутренней сонной артерии .....	76
016. Синдром Шварца – Бартера.....	79
017. Когда предыдущий уход за больным был сделан недобросовестно .....	82
018. Две ноги, которые болят по-разному .....	85
019. Пациент с головными болями и с неизвестным нарушением свёртывания крови .....	90
020. Одна такая типичная спутанность сознания.....	94
021. Компрессионный перелом позвонка: есть элегантное восстановительное лечение .....	100
022. Головокружение: так много возможных причин.....	103
023. Спонтанные „электрические“ боли вдоль правого бедра .....	106
024. Нормотензивная гидроцефалия, АВК и люмбальная пункция: одно очень плохое сочетание ....	109
025. Одна черепно-мозговая травма: два десятилетия спустя (1) .....	112
026. Одна черепно-мозговая травма: два десятилетия спустя (2) .....	117
027. Техника кровяной заплатки .....	121
028. Должны ли мы беспокоиться или нет из-за этой проблемы? .....	124
029. Ультразвуковое исследование внечерепных участков артерий мозга.....	129
030. Ультразвуковое исследование внутричерепных участков артерий мозга .....	136
031. Ультразвуковое исследование: универсальный метод для исследования человеческих сосудов (1) .....	140
032. Я не хочу оставаться в больнице!.....	145
033. Одна потенциально смертельная инфекция головного мозга (1) .....	152
034. Феномен Утхоффа.....	158
035. Паралич Белла (идиопатический неврит лицевого нерва).....	161
036. Симптоматический периферический паралич лицевого нерва (1).....	166
037. Боли в пояснице и боли в нижних конечностях не всегда имеют неврологическое происхождение (1) .....	169
038. Метастатические опухоли головного мозга (1).....	173

039. Один сложный клинический случай: как предотвратить кардиоэмболический риск у этого пациента? .....	178
040. Синдром запястного канала: классическая ситуация.....	185
041. Когда медицинские заботы хороши с самого начала .....	190
042. Передозировка антивитамина К (1).....	194
043. Вазовагальные обмороки, неизвестная эпилепсия или...?.....	197
044. Одно неврологическое заболевание, которое встречается часто и которое иногда трудно диагностируется.....	201
045. Генерализованная эпилепсия с тонико-клоническими приступами (1).....	206
046. Синдром внутричерепной гипертензии .....	208
047. Когда неврологическая проблема может скрыть соматические проблемы .....	212
048. Альтернирующие синдромы: одна классическая ситуация в неврологии.....	216
049. Одна не так частая, но классическая причина ишемического инсульта .....	224
050. CADASIL .....	228
051. Болезнь Хортона .....	231
052. Одна болезнь, родственная болезни Хортона.....	236
053. Когда у пациента болит голова, первое дело это.....	240
054. Когда человек не лечит свою артериальную гипертензию (1) .....	243
055. Спонтанная гематома мозжечка - настоящее неотложное неврологическое и нейрохирургическое состояние .....	246
056. Спонтанное внутримозговое кровоизлияние при артериальной гипертензии (1).....	250
057. Мультиформная глиобластома: типичная клиническая картина (1) .....	253
058. Экстрапирамидное расстройство: болезнь Паркинсона, паркинсонизм-плюс или ...? .....	258
059. Одна классическая форма начинающей болезни Паркинсона (1).....	262
060. Синдром Паркинсона лекарственного происхождения .....	270
061. Пациентка с синдромом Гийена – Барре, который ухудшается после первоначального улучшения .....	273
062. Когда страдает бедренный нерв: всегда надо думать о тазобедренном суставе (1) .....	278
063. Синдром запястного канала: особые формы.....	281
064. Триада Хакима .....	287
065. Нераспознанное вовремя расслоение позвоночной артерии .....	291
066. Двойное невезение: плохая идея подождать с консультацией при наличии головных болей и плохие первоначальные медицинские заботы .....	295
067. Одна редкая, но широко разрекламированная неврологическая патология .....	301
068. Ботулотоксин в неврологической практике .....	304
069. Синдром Диогена? .....	307
070. Спондилодисцит – это всегда настоящее неотложное состояние .....	312
Содержание .....	318

---

*008. При головокружении всегда надо проверять артериальное  
кровотока мозга*

---

У этого шестидесятивосьмилетнего мужчины уже долгие годы наблюдается артериальная гипертония, которую он лечит. Он был активным курильщиком табака (30 пакетов-лет), но вот уже 15 лет как не курит. Он только что был принят в больницу с направлением от своего личного врача, так как у него уже несколько месяцев постоянное и даже усиливающееся головокружение. Примечательно то, что оно появляется в основном тогда, когда он встает. Именно тогда у него всегда кружится голова. И если он не осторожен и встает слишком быстро, голова кружится так сильно, что он может упасть, если не придерживается чего-то. Поэтому он научился вставать только после того, как посидит 1 или 2 минуты. Но в последние дни даже это не помогает...

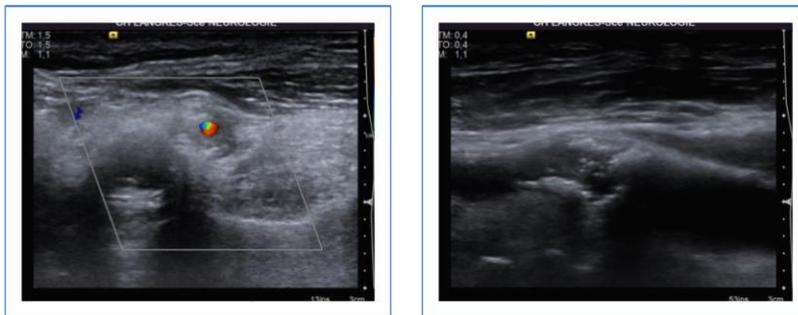
У него никогда не было звона в ушах, и он хорошо слышит обоими ушами. В самом деле, у него никогда не было проблем с ушами, его работа не была связана с воздействием шума.

Жизненные показатели, соматический и неврологический осмотры оказались нормальными.

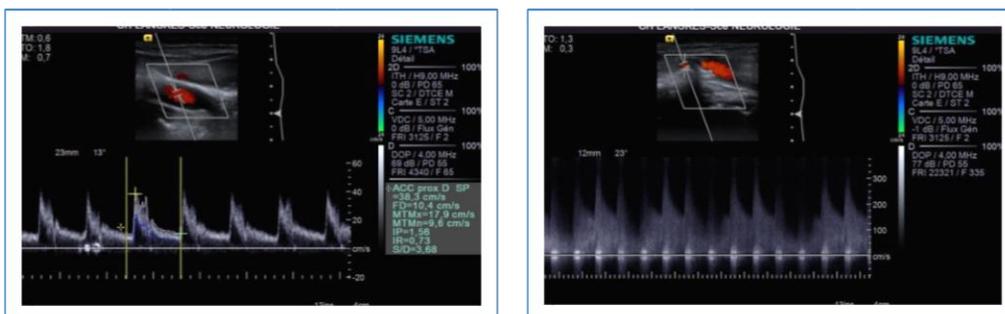
Биохимический анализ крови: общий клинический анализ крови, ионограмма, почечная функция, С-реактивный белок и электрофорез сывороточных белков - оказался в норме.

Сканер головного мозга без контрастного вещества показал только минимальную корковую атрофию в соответствии с возрастом.

Ультразвуковое исследование артерий мозга показало явно патологический результат:



При В-режиме видна значимая стенозирующая макроангиопатия. Она максимальна в классическом месте, т. е. в сонном синусе. Это видно яснее при цветовой доплерографии (1-ый снимок). Местоположение стеноза в сонном синусе подтверждается при В-режиме в продольном направлении: длина бляшки от 1 см до 1,5 см (длина экрана: 3 см).



Исследование системы правых сонных артерий в продольном направлении позволяет указать, где расположен стеноз и определить его количественно. Максимальная систолическая скорость в правой общей сонной артерии 38 см/с, а в стенозе она уже 310 см/с. Минимальная диастолическая скорость в стенозе 160 см/с. Заметьте: значимое колебание сигнала спектральной доплерографии - оно

получается, так как у пациента короткая шея, очень высоко расположенное деление общей сонной артерии и глубокое дыхание, а все это не позволяет закрепить зонд; ручное вычисление скоростей. Эти скорости в стенозе соответствуют, по меньшей мере, 80 % стеноза.

Эта степень стеноза подтверждается правилом индекса максимальных систолических скоростей в общей сонной артерии (АСС, arteria carotis communis) до стеноза и на месте максимального стеноза во внутренней сонной артерии (АСІ, arteria carotis interna), т. е. правило индекса АСС/АСІ.

Это правило гласит о том, что процент стеноза может быть вычислен согласно следующей математической формуле:

### Правило индекса АСС/АСІ

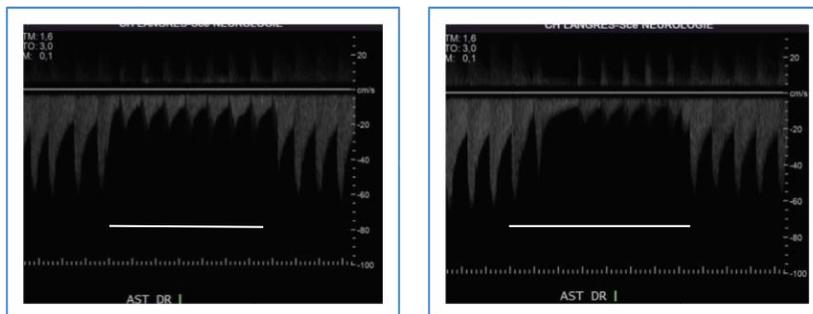
$$\text{Процент стеноза} = (1 - V_{\text{максимальная систолическая в АСС}} / V_{\text{максимальная систолическая в АСІ}}) \times 100 \%$$

В нашем случае максимальная систолическая скорость в правой АСС 38 см/с и максимальная систолическая скорость в правой АСІ в стенозе 310 см/с, так что формула следующая:

$$\text{Процент стеноза} = (1 - 38/310) \times 100 \% = (1 - 0,11875) \times 100 \% = 0,88 \times 100 \% = 88 \%$$

Таким образом, второй ультразвуковой метод дает те же самые цифры для стеноза в синусе правой внутренней сонной артерии, так что перед нами гемодинамически значимый стеноз в этой артерии.

Чтобы быть еще более уверенным, что налицо гемодинамически значимый стеноз, мы изучили поведение кровотока в правой супратрохлеарной артерии в естественном состоянии и при изменении ее кровотока путем прижатия клонов правой внешней сонной артерии:



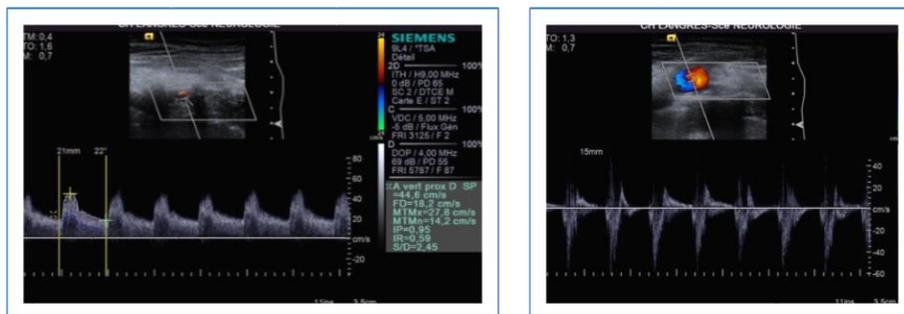
Кровоток в правой супратрохлеарной артерии (AST) в естественном состоянии и при прижатии клонов правой внешней сонной артерии. *Имейте в виду, что направление кровотока в AST относительно зонда в естественном состоянии (на зонд или от зонда) не имеет значения для наших рассуждений, так как речь идет об артерии, которая естественно извилистая.*

Прижатие правой лицевой артерии и правой поверхностной височной артерии (указано белой полосой) приводит к ясно выраженному уменьшению кровотока в правой супратрохлеарной артерии (1<sup>-ый</sup> снимок) и даже к инверсии этого кровотока (хорошо видно на 2<sup>-ом</sup> снимке).

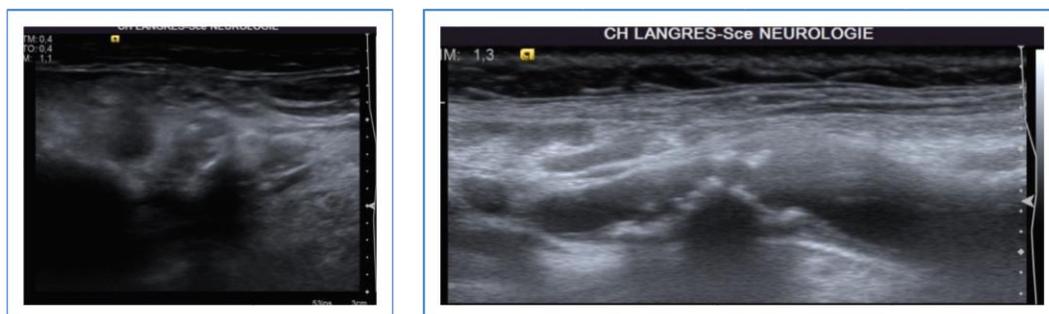
Итак, налицо еще один ультразвуковой метод, который говорит в пользу того, что стеноз в правой внутренней сонной артерии является гемодинамически значимым.

Мы назначили этому пациенту также ангиосканер мозговых артерий. Результат этого исследования подтвердил наличие этого стеноза и вычислил его на 95 %.

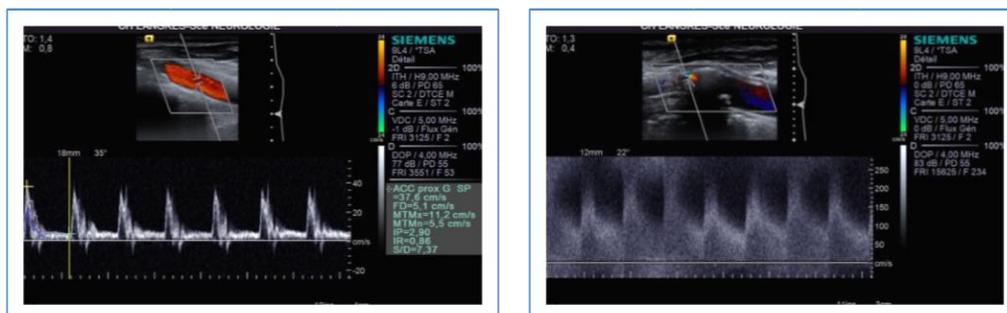
Ультразвуковое исследование правой позвоночной артерии и правой подключичной артерии оказалось без особенностей:



Правые позвоночная артерия (внечерепной участок V<sub>2</sub>) и подключичная артерия в норме.  
 А что происходит слева? Слева, на самом деле происходит то же самое:



В В-режиме и на этой стороне видно наличие атероматозного сужения сонного синуса. Длина продольного вида 25 мм, так что длина бляшки не превышает одного сантиметра. К сожалению, это не делает ее менее опасной на гемодинамическом уровне, как это видно ниже:



Ультразвуковое исследование системы левых сонных артерий в продольном направлении показывает максимальную систолическую скорость 37,8 см/с в общей сонной артерии, максимальную систолическую скорость 240 см/с в стенозе левой внутренней сонной артерии и максимальную диастолическую скорость 110 см/с в том же самом месте.

Эти скорости в стенозе соответствуют проценту стеноза от 70 % до 80 %.

Правило индекса ACC/ACI дает нам возможность вычислить следующий процент стеноза:  
 $(1 - 38/240) \times 100 \% = (1 - 0,1583) \times 100 \% = 0,84 \times 100 \% = 84 \%$

Здесь наблюдаются еще два очень интересных явления, которые свидетельствуют о значимости стеноза - это музыкальные шумы и великолепная постстенотическая реактивная струя:

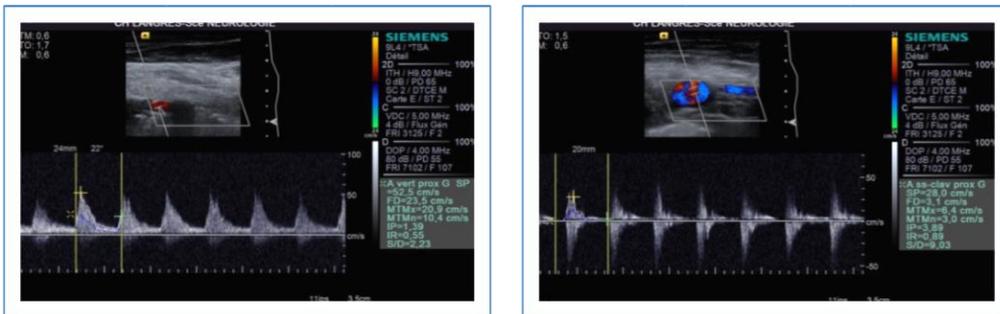


На 1<sup>-ой</sup> снимке видны музыкальные шумы в виде зеркальных изображений по отношению к нулевой линии (стрелки). Музыкальные шумы образуются после того, как турбулентные кровотоки в артериях вызывают вибрации в соседних им тканях. Наличие музыкальных шумов указывает на серьезную, обычно на облитерирующую, артериальную патологию.

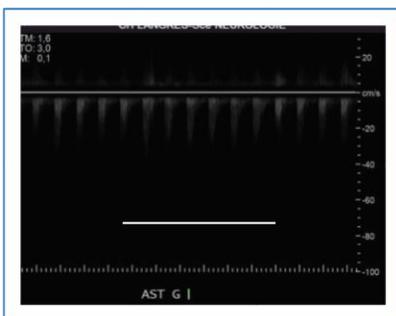
На 2<sup>-ой</sup> снимке видна постстенотическая реактивная струя в левой внутренней сонной артерии, указывающая на гемодинамически значимый стеноз. Определение максимальной систолической скорости в реактивной струе позволяет еще точнее вычислить степень стеноза: если она > 60 см/с, то стеноз до 80 %; если она < 60 см/с, то стеноз от 80 % до 90 %; если этот показатель очень низкий, то стеноз > 90 %.

На 3<sup>-ей</sup> снимке показана максимальная систолическая скорость после стеноза - она 80 см/с.

Левые позвоночная артерия (внечерепной участок V<sub>2</sub>) и подключичная артерия в норме:



1<sup>-ый</sup> снимок: левый участок V<sub>2</sub>; 2<sup>-ой</sup> снимок: левая подключичная артерия, надключичный доступ.



Кровоток в левой супратрохлеарной артерии с одновременным прижатием левых лицевой и поверхностной височной артерий (указано белой полосой) показывает отсутствие значимых изменений сигнала, что не позволяет сделать какие либо заключения этого метода исследования относительно кровообращения в системе левых сонных артерий.

Ангиосканер подтвердил значимый стеноз левого сонного синуса и вычислил его на 96 %.

Существующее несоответствие между,

- с одной стороны, данными степени стеноза, которые были вычислены при помощи максимальных систолических и диастолических скоростей до и в стенозе и,
- с другой стороны, данными степени стеноза, которые были вычислены ангиосканером,
- может быть объясненным,
- либо наличием кальцификаций в самом узком месте, что воспрепятствует вычислению более высоких скоростей из-за создания акустических теней,
- либо тем, что при субокклюзивных стенозах после определенной степени стеноза (где-то к 97 % от поверхности просвета) максимальные систолические и диастолические скорости начинают неуклонно снижаться...

Что бы это ни было, этот пациент имел субокклюзивные стенозы во внечерепных участках обеих внутренних сонных артерий. После полных параклинических исследований (суточное наблюдение ЭКГ-активности и кровяного давления, ультразвуковое исследование сердца, поиск ортостатической гипотонии) и консультаций с кардиологом и ЛОР-специалистом, это оказалась единственная патология, которая могла объяснить головокружения нашего пациента.

Мы направили его к сосудистому хирургу для консультации, и ему было назначена двусторонняя каротидная эндартерэктомия. Во-первых, была прооперирована его левая, а две недели спустя и его правая внутренняя сонная артерия. Операции прошли без проблем, и после их осуществления головокружение нашего пациента полностью исчезло.

#### **Практическое заключение этого клинического случая**

При головокружении неизвестного происхождения (у незнакомого пациента или у знакомого пациента с головокружением как новом симптоме) исследование кровообращения головного мозга является одним из обязательных параклинических исследований.

---

## 025. Одна черепно-мозговая травма: два десятилетия спустя (1)

---

Состояние этого 38-летнего мужчины серьезное: в этот вечер, двадцатью минутами раньше, он был принят в нашу больницу, так как у него наблюдались очень сильные головные боли, которые появились без причины последней ночью, и, постепенно усиливаясь, в конце концов, стали невыносимыми.

Клиническое обследование выявило наличие лихорадки, дезориентированности, минимальной ригидности затылочных мышц и отсутствие очаговых неврологических симптомов.

Биологический анализ его крови показал гиперлейкоцитоз от 25600 / мкл: 91 % многоядерные, 5 % лимфоциты и 4 % моноциты. С-реактивный белок: 32 мг/л.

Не теряя времени, мы сделали люмбальную пункцию, которая показала, что давление открытия спинномозговой жидкости увеличено, сама она мутновата и с ксантохромным супернатантом, в ней безбройное количество лейкоцитов на каждый микролитр и из них 85 % многоядерные, 10% лимфоциты и 5 % моноциты; налицо 7400 эритроцитов на мкл, протеинорахия 14,00 гр/л, а гликорахия 0,55 ммоль/л при гликемии 12 ммоль/л. Макроскопический анализ показал наличие отдельных грамположительных диплококков.

Имея в виду результат люмбальной пункции, мы начали антибиотическое лечение „на кончике иглы, с которой сделали люмбальную пункцию“, т. е. мы начали его немедленно.

Выбранные антибиотики были:

- цефтриаксон (2 грамма I.V. каждые 12 часов): это один из двух цефалоспоринов третьего поколения при пневмококковом менингите (*Streptococcus pneumoniae*) и
- ванкомицин в постоянной внутривенной перфузии в дозе 50 мг/кг/день, чтобы защитить этого пациента от штаммов *Streptococcus pneumoniae* с устойчивостью к пенициллину G (МПК, Минимальная Подавляющая Концентрация, к пенициллину G >1 мг/л).

Двумя днями позже мы получили антибиограмму изолированного штамма *Streptococcus pneumoniae* от СМЖ и еще одну антибиограмму одной из гемокультур, которые были сделаны перед началом антибиотического лечения. Они показали, что этот пневмококковый штамм чувствителен к пенициллину (МПК к пенициллину от 0,012 мг/л), а это позволило переустановить лечение с ванкомицином, продолжая лечение с цефтриаксоном, как указано выше, в течение 16 дней.

На клиническом уровне дезориентированность исчезла после первого дня антибиотического лечения, головные боли уменьшились, но в первую неделю все-таки были налицо. Объяснением этого факта является наличие отёка головного мозга, как показали два сделанных сканера. Из-за этого отёка мы назначили лечение манитолом, и, в конечном итоге, он исчез, а с ним – как эпифеномен – исчезли и головные боли.

Пациенту была назначена и кинезитерапия, и, в результате, он полностью восстановился.

Пневмококк является известной причиной бактериального менингита у человека, прежде всего, если налицо костная брешь, которая достигает менингеальных оболочек. Поэтому при пневмококковом менингите всегда надо искать наличия такой бреши.

Как обычно, все начинается с анамнеза, с того самого момента второго дня антибиотического лечения, когда пациент уже мог отвечать на наши вопросы. Так мы узнали,

- что головным болям предшествовали боли в правом ухе, которым он плохо слышит;
- а 18 лет и 1 месяц назад наш пациент попал в дорожную аварию, и у него была посттравматическая гематома правостороннего полушария мозжечка. Его пришлось оперировать и с этого времени он плохо слышит правым ухом. То есть, у нашего пациента посттравматическое снижение остроты слуха правого уха. Эта проблема никогда не была обследована врачом, вследствие чего пациент не имеет слухового аппарата.

- у нашего пациента не было ни других травм, ни других операций;
- он не принимает никаких лекарств, не курит и не имеет никаких аллергий.

Как следствие, был сделан сканер мозга с тонкими срезами, чтобы искать вероятную костную брешь, достигающую до менингеальных оболочек и / или других доводов для существования инфекционного очага, который мог бы быть отправной точкой этого менингита.

Этот сканер показал наличие такой бреши в правой затылочной кости позади правого сосцевидного отростка, заполнение (жидкостью) нескольких правых задних сосцевидных клеток, а вторая костная брешь находилась на этом же уровне и имелось наличие (сосудистого) клипса в правой стороне задней черепной ямки.

Как только мы получили ответ на вопрос, где находится входная дверь инфекции, мы спросили сами себя, что можно сделать, чтобы уменьшить или полностью устранить риск рецидива менингита.

Во-первых, мы запросили ЛОР-специалиста, но его консультация не сдвинула эту проблему.

После этого мы связались со специалистами, которые 18 лет тому назад оперировали этого человека. Как следствие этого, ему назначили консультацию с ними.

И так как одновременно антибиотическое и симптоматическое лечение сделали свое доброе дело, и пациент полностью восстановился, то он возвратился домой 11-ого ноября, после 17 дней больничного лечения и, как мы уже отметили выше, после 16 дней соответствующего антибиотического лечения.

.....

Ровно через 50 дней мы дежурили на Новый Год.

Утром этого дня нас позвали в отделение скорой помощи, где снова находился этот уже знакомый нам молодой мужчина. Нам сказали, что он пришел после полуночи, так как у него снова появились те же самые головные боли, как и 2 месяца тому назад. Ночью его обследовали и были установлены нормальные соматический и неврологический статус. Исследование крови показало наличие гиперлейкоцитоза от 13 400 клеток на мкл и нормальный С-реактивный белок от < 3 мг/л. Как следствие, ему был назначен 1 грамм парацетамола перорально, и потом он заснул. Сегодня утром он проснулся из-за своих головных болей, которые стали еще сильнее (боль по визуально-зрительной шкале: 8/10), и к тому же появилась и повышенная температура. Новый коллега в отделении скорой помощи хотел сделать люмбальную пункцию, а поэтому и запросил нашу консультацию.

Имея в виду недавний пневмококковый менингит, наличие двух посттравматических брешей (пациент уже увидел один раз своих нейрохирургов и был в ожидании новой ЛОР-консультации, и нового сканера черепа с тонкими срезами), а также и текущую ситуацию, решение сделать люмбальную пункцию оказалось лучшим диагностическим способом. И мы подтвердили это.

После принятия решения эта люмбальная пункция была сделана сразу (через 15 минут).

Вот ее результат:

Показатель	Пробирка 1	Пробирка 2	Пробирка 3
Внешний вид перед центрифугированием	мутный	мутный	мутный
Эритроциты	7 / мкл	3 / мкл	15 / мкл
Лейкоциты	2960 / мкл	2600 / мкл	2700 / мкл
Формула лейкоцитов	многоядренные 70 %, лимфоциты 20 %, моноциты 10 %		
Протеинорахия	1,30 гр / л		
Гликорахия	3,2 ммоль/л (при капиллярной гликемии от 7,1 ммоль/л)		
Бактериологическое исследование	нет видимых микроорганизмов		
Бактериальная культура (результат через 5 дней)	положительная: наличие <i>Haemophilus influenzae</i>		
Микологическая культура	отрицательная (результат получен через 48 часов)		
Поиск бациллы Коха	отрицательный (результат получен через 7 дней)		

Итак, наличие нового острого гнойного менингита. Самым вероятным образом речь шла о рецидиве недавнего гнойного пневмококкового менингита, даже если поиск антигена этой бактерии в моче оказался отрицательным. Как следствие, сразу было начато то же самое антибиотическое лечение, как и два месяца тому назад, а именно: цефтриаксон в дозе 2 грамма каждые 12 часов и ванкомицин в

непрерывной внутривенной перфузии в дозе 3 грамма каждые 24 часа после начальной нагрузочной дозы.

Пациент снова был транспортирован в реанимацию и снова быстро пошел на поправку, как в клиническом, так и в биологическом плане.

На пятый день мы получили результаты бактериологической культуры спинномозговой жидкости. Результат оказался следующим: **наличие Haemophilus influenzae**.

Таким образом, этиологический диагноз новой острой медицинской проблемы нашего пациента: острый гнойный Haemophilus influenzae менингит.

Антибиотическое лечение с цефтриаксоном внутривенно в дозе 2 грамма каждые 12 часов было сделано в течение 21 дня. Симптоматическое лечение было постепенно свернуто, и, в конечном итоге, оно стало ненужным. Пациент со своей острой инфекционной болезнью, к счастью, был снова вылечен. Но его основная медицинская проблема, а именно – наличие посттравматических остеоменингеальных брешей, оставалась.

И чтобы это разрешить, нужно было начать специализированное нейрохирургическое лечение.

Поэтому нейрохирурги были сразу информированы о новом менингите нашего пациента, и мы попросили их, как можно раньше провести это лечение.

Тем временем пациенту был сделан новый сканер мозга с тонкими срезами на уровне правой височной кости. По сравнению с компьютерной томографией, сделанной два месяца тому назад (посмотрите выше), она показала три новых находки, а именно:

- наличие жидкости в нескольких клетках правого сосцевидного отростка,
- появление воздушной плотности в правом яремном отверстии и
- асимметрия яремных отверстий с наличием фрагментации медиальной стенки правого яремного отверстия.

**В итоге:** еще два элемента в пользу диагностической гипотезы, что основной проблемой нашего пациента является хроническая инфекция в правом сосцевидном отростке с наличием посттравматических остеоменингеальных брешей, которые способствуют возникновению острых гнойных менингитов.

И так как пациент был вылечен от своего второго острого гнойного менингита, он возвратился вскоре домой. Ему был предписан отпуск по болезни и профилактическое лечение антибиотиком. Для этого была выбрана комбинация амоксициллин / клавулановая кислота в дозе 1000 мг / 125 мг три раза в день до самой нейрохирургической операции.

.....

Прошли еще три месяца, и, в конечном итоге, наш пациент был прооперирован.

Эта операция была осуществлена одновременно нейрохирургами и ЛОР-хирургами, и ее целью было найти бреши, чтобы их закрыть. Операция прошла успешно, и после короткого внутрибольничного лечения пациент смог возвратиться домой.

Спустя некоторое время после этого, мы проконсультировали его. У него было отличное здоровье, он не принимал лекарств и уже вёл свою обычную семейную и профессиональную жизнь.

Как он, так и мы, все думали, что все плохое уже навсегда позади.

Увы, мы все ошибались. Продолжение этой проблемы выявилось три года спустя.

*Чтобы знать больше*

### **Пневмококк (Streptococcus pneumoniae)**

Пневмококк (Streptococcus pneumoniae) – это высоко патогенная бактерия для Человека. Она относится к роду стрептококков (Streptococcus). Пневмококк – это грамположительный микроорганизм с типичной формой: он напоминает неправильную сферу, у которой есть острый край, с которым один пневмококк осуществляет контакт с другим пневмококком, и это целое напоминает число 8. У

пневмококка есть хорошо оформленная и хорошо различимая капсула. Она содержит капсульные антигены, которые позволяют серологическую идентификацию более, чем 90 штаммов этого микроорганизма. Было доказано, что именно капсула со своим специфическим антигеном является основой болезнетворности пневмококка и определяет степень этой болезнетворности. Болезнетворные пневмококки имеют капсулы, и их капсулы имеют гладкую поверхность (S) („smooth“). Потеря капсулы приводит к потере болезнетворности, и колонии пневмококка становятся шероховатыми (R) („rough“).

Пневмококк имеет также соматические антигены. Эти соматические антигены являются общими с другими стрептококками, и они бывают двух типов:

- белковые антигены и
- один полисахаридный антиген типа „С.“ (**Заметка:** С-реактивный белок приводит к преципитации этого полисахаридного антигена типа „С“).

Пневмококк не секретирует токсины, и его патогенность основана на его размножении. Он факультативный анаэроб, не имеет каталазы, его колонии прозрачные, и он превращает гемоглобин в биливердин. Он находится как комменсал в дыхательных путях от 5 до 10 % здоровых людей. *Streptococcus pneumoniae* вызывает долевую пневмонию, бронхопневмонию, гнойные плевриты, синуситы, отиты, конъюнктивиты и менингиты.

Он чувствителен к большинству антибиотиков за исключением аминогликозидов. Налицо относительная устойчивость к тетрациклам. Устойчивость некоторых штаммов пневмококка к пенициллину и, с недавних пор, к макролидам, является одной новой проблемой.

Есть несколько вакцин против пневмококка. Самые распространенные – это конъюгированная вакцина (защищает от 13 штаммов) и полисахаридная вакцина (защищает от 23 штаммов).

Этот микроб был выделен впервые в 1881 году и получил имя *Diplococcus pneumoniae* в 1920 году, а в 1974 году его переименовали в *Streptococcus pneumoniae*. Такое имя пневмококку было дано, так как долгие годы его считали в основном причиной пневмоний.

### С-реактивный белок (СРБ)

С-реактивный белок – это пентамерный белок (т. е. он составлен из пяти субъединиц), и он вырабатывается печенью и адипоцитами в ответ на острое воспаление. Его роль – это активировать систему комплемента. СРБ был открыт в 1930 году, и с 1977 года он применяется в клинической практике для диагноза и для наблюдения различных воспалительных реакций (норма < 6 мг/л).

В настоящее время существует сверхчувствительный СРБ (уровень чувствительности от 0,2 до 5,0 мг/л), который полезен как один из прогностических факторов для сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Принцип сверхчувствительного СРБ (сч-СРБ):

- низкий риск для ССЗ, если сч-СРБ < 1,0 мг/л;
- средний риск для ССЗ, если сч-СРБ между 1,0 и 3,0 мг/л;
- высокий риск для ССЗ, если сч-СРБ > 3,0 мг/л (по данным АНА и USA-CDCP).

Если пациент принимает статин, то уровень сч-СРБ < 2 мг/л уменьшает риск от инфаркта миокарда и от смерти от коронарного инцидента.

### Гемофильная палочка (*Haemophilus influenzae*)

Гемофильная палочка – это грамотрицательная бактерия из семейства Pasteurellaceae, которая была открыта в 1892 году немецким врачом Рихардом Пфайффером во время пандемии гриппа.

Как следствие, её считали причиной гриппа до 1933 года, когда было доказано, что причиной гриппа является вирус. Поэтому особенно в первые десятилетия после своего открытия, *Haemophilus influenzae* был широко известен как бацилла Пфайффера, и *Bacillus influenzae*.

*Haemophilus influenzae* имеет форму маленькой неподвижной палочки или коккобациллы (т. е. овальной формы, а это и есть переходная форма между круглой формой кокков и формой в виде палочки бациллы). Между собой гемофильные палочки не оформляют какие-то специфические структуры. Она факультативный анаэроб, производит каталазу и оксидазу, а также и бета-лактамазы и может менять форму своих белков, которые связываются с пенициллином. Геном *Haemophilus influenzae* был полностью расшифрован в 1995 году.

В 1930 году были определены две основные категории формы *Haemophilus influenzae*:

- капсулированные штаммы, их 6: a, b, c, d, e, f; капсула делает их болезнетворными, так как она защищает их от фагоцитоза и от лизиса комплементом; причиненные от капсулированных форм инфекции или тяжелые, или могут быть тяжелыми – средние отиты, эпиглоттиты, пневмонии, менингиты, артриты, бактериемии и сепсис;
- штаммы без капсулы, названы также нетипизируемые формы (NTHi): речь идет о менее инвазивных формах, сапрофиты ЛОР-региона, могущие вызвать местные инфекции – средние отиты, синуситы, фарингиты, пневмонии, конъюнктивиты.

Кажется, что в природе гемофильная палочка вызывает болезни только у Человека, который является его единственным природным резервуаром.

Она имеет механизм прилипания к клеткам своего хозяина, которые называются тримерными автотранспортными адгезинами, Trimeric Autotransporter Adhesins (ТАА). ТАА – это белки, находящиеся на внешней мембране грамотрицательных бактерий, и они служат им для заражения своих клеток-мишеней, так как они позволяют им прилипнуть к поверхности этих клеток. Каждый ТАА состоит из трех одинаковых белков, откуда и название „тримерные“.

Диагноз инфекции гемофильной палочкой (ГП) считается подтвержденным, когда она выделена из стерильного отсека человеческого тела (СМЖ, кровь и т.д.).

Лечение инфекции с гемофильной палочкой: антибиотик первого выбора – это инъекционный цефалоспориин третьего поколения. Микроб чувствителен также к амоксицилину с ингибитором пеницилلاзы; если налицо аллергия к бета-лактаминам, то пристинамицин или один из фторохинолонов тоже хороший выбор. Устойчивость к бета-лактамам антибиотикам тоже является проблемой при лечении инфекций с гемофильной палочкой. Уже существуют штаммы, устойчивые к фторохинолонам.

Химиопрофилактика при случаях менингита гемофильной палочкой рекомендуется контактными невакцинированным лицам, включая взрослых, в коллективах с детьми в возрасте до двух лет и в семьях с детьми до 4 лет. Она должна быть начата до 7 дней после диагноза при первоначальном случае, и она основывается на пероральном применении рифамицина в дозе 10мг/кг 2 раза в сутки в течение 4 суток, без превышения 1200 мг в сутки. При возрасте одного месяца: уменьшить эту дозу до половины.

Профилактика инфекций ГП проводится благодаря вакцине против капсулированного штамма b этой бактерии (Hib). Эта вакцина эффективна для превенции инфекций Hib, но не при инфекциях с другими капсулированными штаммами и штаммами без капсулы.

**Замечание 1:** *Haemophilus influenzae* часто сочетается с пневмококком при инфекции дыхательных путей. Их взаимодействие комплексное и пока не ясно, если это синергизм или антагонизм.

**Замечание 2:** ТАА = Trimeric Autotransporter Adhesins, т. е. тримерные автотранспортные адгезины (с английского).

Эта сорокашестилетняя женщина, имеющая хорошее общее состояние здоровья, только что была принята в наше отделение для диагноза и лечения слабости ее правой руки. Эта слабость появлялась постепенно, в течение нескольких часов, без видимой причины тремя днями раньше. К тому же, у нее легкое головокружение, и уже две или три недели у нее нет аппетита.

Личный анамнез: сколиоз с детства, мигрень без ауры, активное курение табака по пачке сигарет в день в течение нескольких лет. 16 лет тому назад ей было сделано бандажирование желудка с отстранением кольца. 14 лет тому назад она весила 118 кг, а сейчас - 59 кг.

Фамильный анамнез: один из братьев умер от рака лёгких, другой брат умер от рака мозга; у нее еще две сестры и один брат - все трое имеют хорошее здоровье.

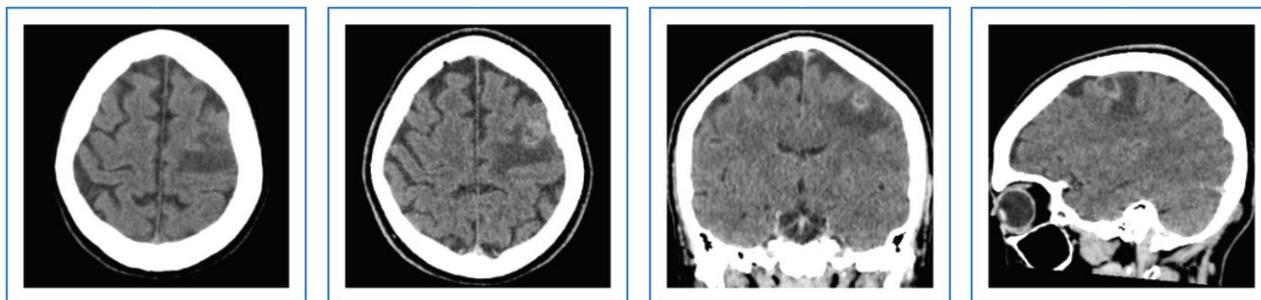
После анамнеза мы приступили к соматическому осмотру. Он выявил нормальные жизненные показатели и, как единственную особенность – наличие лёгкого отёка в правой руке.

Неврологический осмотр нашей пациентки показал:

- хейро-оральный синдром справа (сила в правой конечности: дистально она 2/5, а проксимально 4/5, а также в легкой степени центральный лицевой паралич справа) и
- гипо- и дизестезия с тем же самым распределением, как и вышеописанная слабость.

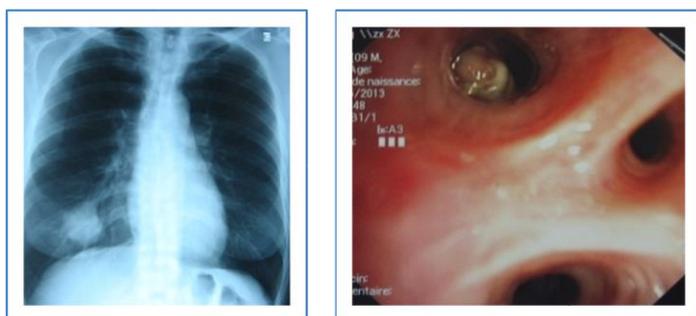
Стандартный биологический анализ крови оказался нормальным.

В это время вполне логично запросить рентгенологическое исследование мозга, чтобы искать причину неврологических поражений нашей пациентки. Сканер мозга более доступен, чем МРТ, так что сразу был сделан сканер мозга, и его результат оказался тревожным:



Наличие локального отёка мозга без смещения соседних структур. Этот отёк окружает одну кольцевидную структуру в правой лобной доле. Эта структура насыщается контрастом по своей периферии под видом колечка, и это, несомненно, говорит в пользу метастазы. Первый снимок сделан без контраста, а все остальные – с контрастом.

Результат сканера беспокоит еще более из-за результата рентгенографии грудной клетки, сделанной в первый день, и бронхоскопии, сделанной на второй день пребывания в больнице:

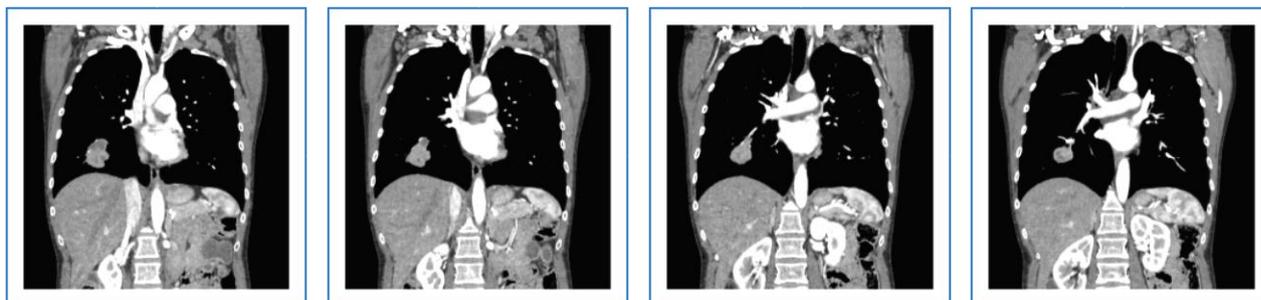


Рентгенография грудной клетки: нормальный аспект силуэта сердца, сверхинспирированный аспект грудной клетки и наличие плотной структуры базально вправо – первичный рак.

Бронхоскопия: наличие массы в бронхах нижней доли правого лёгкого; сделана биопсия.

В это время наш ориентировочный клинический диагноз такой: хейро-оральный двигатель-сетивный синдром правой стороны тела при наличии одной единственной опухолевой массы в переходной области между корой мозга и подкорковым белым веществом в левой лобной доле, непосредственно перед центральной бороздой; эта масса, возможно, единственная метастатическая опухоль мозга с происхождением рака легких.

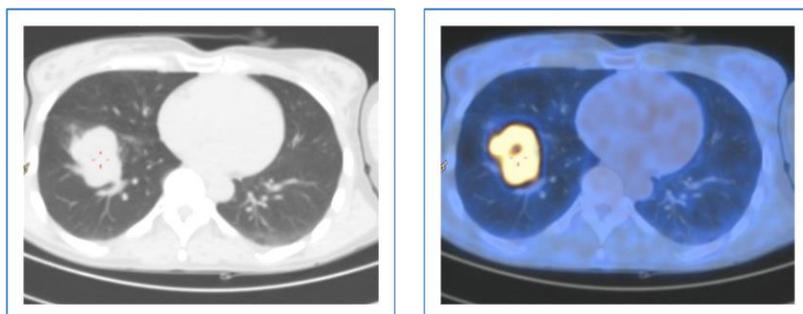
Мы продолжили параклинические исследования следующим образом:



Сканер грудной полости, брюшной полости и полости таза с контрастом подтвердил наличие одной большой массы с множеством участков в нижней доле правого лёгкого с наличием нескольких зон пониженной плотности: **центральный некроз**. Нижняя оконечность этой массы находится в контакте с диафрагмой. Налицо инфильтрация тканей перед этой массой: **ретрообструктивная конденсация**. Не наблюдается других очаговых поражений. Разнородный аспект паренхима легких: **лёгкие курильщика**.

*На уровне брюшной полости и полости таза (снимки не показаны здесь):* **Большое кистозное образование на уровне левых внутренних половых органов с размерами 66 x 54 x 59 мм.**

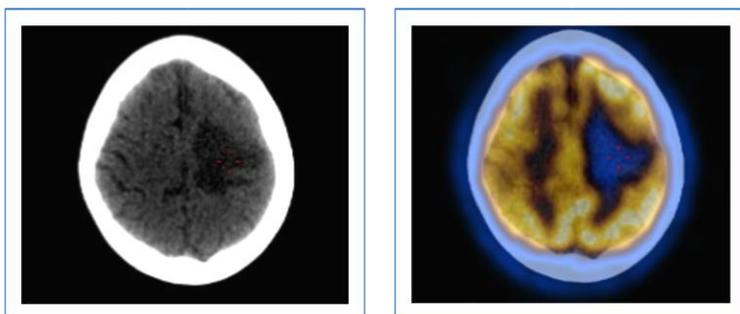
Позитронно-эмиссионная томография с использованием фтордезоксиглюкозы  $^{18}\text{F}$ -ФДГ:



**На шейно-грудном уровне:** налицо уже знакомое нам поражение лёгочной ткани в нижней доле правого лёгкого (антеро-базальный сегмент). Его объем 50 см<sup>3</sup> и у него интенсивный гиперметаболизм (**максимальный СУН = 11,2**) с центральным гипометаболизмом, который говорит в пользу наличия некрозы; нет никакой другой аномалии ни на уровне лёгочной ткани, ни на уровне основных лимфатических узлов. (СУН: *посмотрите заметку в конце*).



**На уровне брюшной полости и полости таза:** не замечаются какие-либо значимые аномалии фиксации, включая и в печени и в надпочечниках; объемная масса в левых внутренних половых органах имеет пониженный метаболизм и ее плотность – скорее плотность жидкости.



**На уровне головного мозга:** обширная полоса пониженного метаболизма лобно и височно слева из-за наличия отёка возле метастазы.

**На уровне костей и костного мозга:** тоже не наблюдается аномалий фиксации.

**Заключение:** Исследование с  $^{18}\text{F}$ -ФДГ позволяет установить интенсивный гиперметаболизм на уровне уже знакомого поражения правого лёгкого, таким образом, подтверждая ее очень подозрительный характер; это исследование показывает отсутствие аргументов в пользу других региональных или удаленных локализаций за исключением уже знакомой нам метастазы головного мозга. Подчеркиваем, что объемная масса в левых внутренних половых органах имеет пониженный метаболизм.

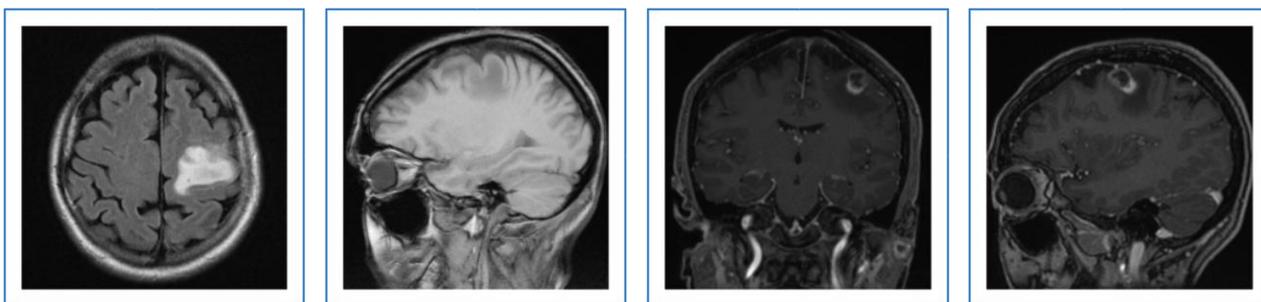
**Специальный биологический анализ крови – опухолевые маркеры:** NSE: 20,4  $\mu\text{g/l}$  (норма < 16,3  $\mu\text{g/l}$ ), бета-2 микроглобулин: 1,48  $\text{mg/l}$  (норма < 1,31  $\text{mg/l}$ ); остальные опухолевые маркеры, а именно Cyfra 21-1, ACE, AFP, Ca 125, Ca 15.3 и Ca 19.9 оказались в норме.

**Ультразвуковое исследование артерии мозга:** Нормальный результат как для вне-, так и для внутричерепных участков этих артерий.

**Суточный мониторинг артериального давления:** среднее артериальное давление за 24 часа – 102/64 мм рт. ст. с сохранением суточного ритма, т. е. нормальный результат.

**Суточный мониторинг ЭКГ-активности:** Нормальный результат.

**МРТ головного мозга,** которая тоже оказалась в пользу



одной единственной метастазы мозга.

Мы получили результат биопсии опухолевой массы в бронхах нижней доли правого лёгкого с заключением, что это **бронхиальный аденокарцином**.

Наша пациентка была направлена в областной онкологический центр и ей были сделаны:

- нейрохирургическая операция,
- операция лёгких и
- химио- и лучелечение (на уровне лёгких и на уровне головного мозга).

Через год после этого лечения эта женщина жила в своем доме, но нуждалась в постоянной посторонней помощи. Ее подвижность была ограничена из-за наличия спастического пареза правой стороны тела, а ее результат по индексу Карновского был 50 %.

**Замечание:** СУН= *Стандартизированный Уровень Накопления (Standardized Uptake Value): параметр для полуколичественной оценки накопления радиоактивных фармацевтических препаратов в ткани.*

*Чтобы знать больше*

### Метастатические опухоли головного мозга

Метастатические опухоли головного мозга становятся, к сожалению, все более частой проблемой в повседневной неврологической практике. Поэтому их надо знать хорошо, чтобы своевременно диагностировать и правильно лечить.

Кроме своей нарастающей частоты метастатические опухоли головного мозга имеют еще одну особенность в повседневной неврологической практике: на клиническом уровне они выявляются разными клиническими картинами. Они могут быть:

- первоначальным клиническим показателем первичного рака,
- осложнением, которое появляется во время диагноза, во время лечения или во время наблюдения после осуществленного лечения первичного рака,
- открытыми случайным образом, например, при осуществлении рентгенологических исследований мозга после черепно-мозговой травмы.

Существуют виды рака, которые (почти никогда) не дают метастатических опухолей головного мозга, но также существуют и виды рака, которые дают такие опухоли. Среди видов рака, дающих метастатические опухоли головного мозга, имеются пять видов, которые дают их самым частым образом:

- рак лёгких;
- рак молочной железы;
- рак пищеварительного тракта;
- рак мочевых и половых систем;
- меланома.

Эти пять видов рака вместе дают как минимум  $\frac{3}{4}$  от всех метастатических опухолей головного мозга.

Количество метастатических опухолей головного мозга – это другой аспект этой медицинской проблемы. В принципе, можно сказать, что есть виды рака, которые дают одиночные метастазы мозга, и что есть другие виды рака, которые дают множественные метастазы в головном мозге (это не абсолютное правило):

- одиночные метастазы: прежде всего, они наблюдаются при раке почек, молочной железы и пищеварительного тракта;
- множественные метастазы: они чаще всего наблюдаются при меланомах и при раке лёгких.

Местоположение метастаз внутри черепа и внутри мозга может быть разное:

- метастатические опухоли внутри мозга: их типичное местоположение – это переход между корой мозга и подкорковым белым веществом;
- метастатические опухоли в твердой оболочке мозга;
- метастатические опухоли в мягких оболочках мозга (лептоменингеальные).

Что касается пространственного распределения метастаз в головном мозге, можно сказать, что большинство метастатических опухолей находится супратенториально и только около 20 % из них находятся субтенториально.

---

*055. Спонтанная гематома мозжечка - настоящее неотложное неврологическое и нейрохирургическое состояние*

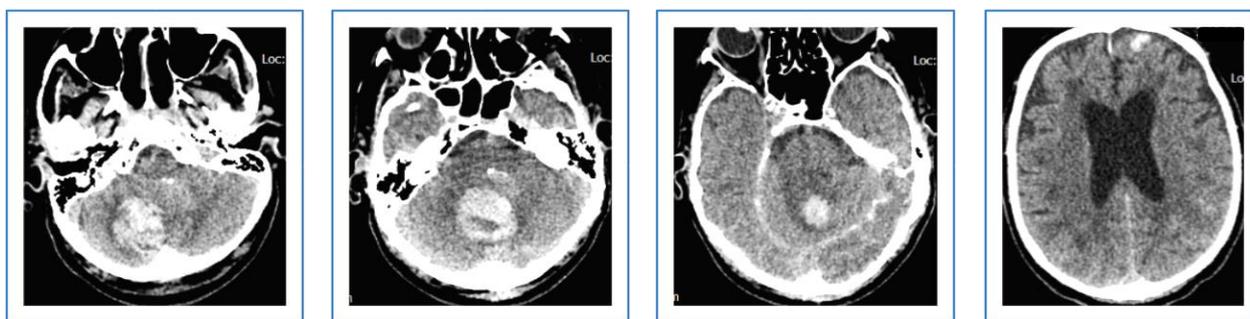
---

Этот восьмидесятиоднолетний мужчина жил полностью самостоятельно до сегодняшнего утра, когда его нашли на полу его кухни: он был полностью потерянным и не мог подняться сам. Он был „как будто пьяный“. У него на лбу была рана, температура нормальная.

У него известна только умеренная артериальная гипертония, которую он лечит.

Осмотр подтвердил спутанность сознания и выявил наличие паралича горизонтального взгляда правого глаза вправо, дизартрию и дисметрию правых конечностей.

Сразу был сделан сканер мозга, и он показал следующий результат:

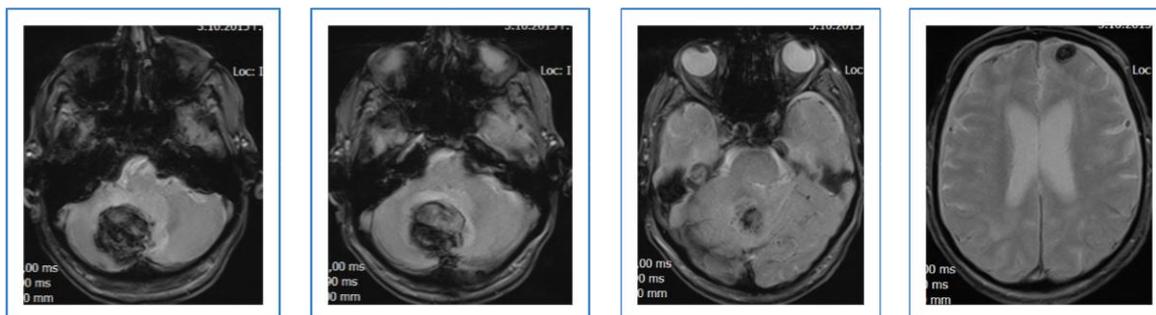


Наличие гематомы мозжечка справа со смещением соседних структур мозга и сжатием мозгового ствола и четвертого желудочка. Контузия левой лобной доли и в легкой степени посттравматическое субарахноидальное кровоизлияние.

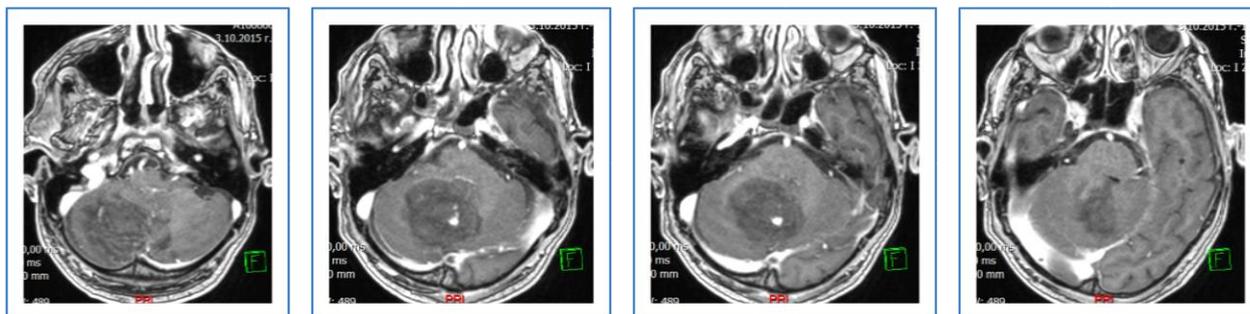
Наличие корковой и подкорковой атрофии, а также лейкоареоза.

Применение контрастного вещества не дало большей информации.

Пациенту сразу была сделана МРТ головного мозга:



МРТ, T2\*-взвешенные изображения показывают местоположение кровоизлияний в мозге.

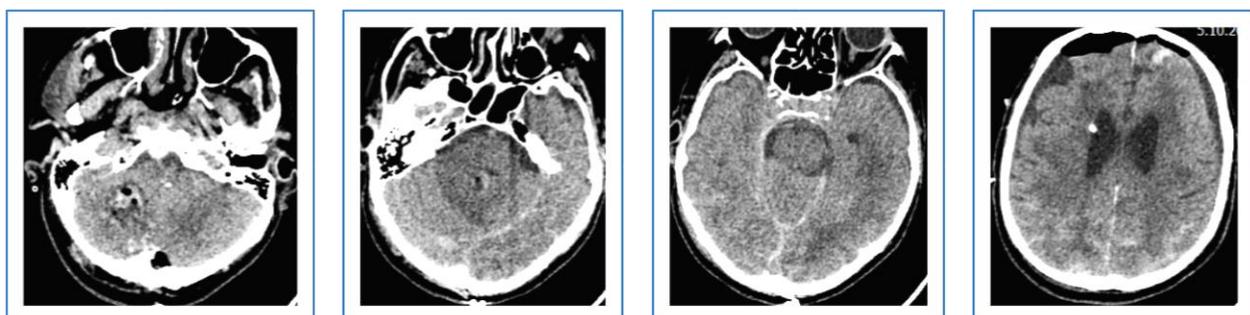


МРТ, T1-взвешенные изображения с контрастным веществом ясно показывают вышеупомянутое сжатие мозговых структур и наводит на мысль о существовании артерио-венозной мальформации. Заметьте приём контраста в поврежденном участке на 2-ом и на 3-ем снимках.

В настоящее время диагноз становится ясным: наличие спонтанной гематомы мозжечка и наличие в лёгкой степени черепного травматизма лобно слева из-за того, что этот человек упал после образования этой спонтанной гематомы мозжечка. Подозрение наличия артерио-венозной мальформации как этиологии этой гематомы.

Пациент был принят в нейрохирургическую реанимацию, и при наличии GCS в 15 баллов было принято решение не делать сразу нейрохирургическую операцию. Постоянное клиническое наблюдение выявило быстрое ухудшение неврологического состояния этого пациента в течение суток с ухудшением уровня сознания до GCS в 8 баллов. К тому же, появились респираторная недостаточность и тахикардия (поражение ствола мозга).

Как следствие всего этого было решено устранить гематому мозжечка, что и было сделано в тот же самый второй день лечения. Операция прошла без особенностей, а после неё дыхательная недостаточность и тахикардия исчезли, и пациент больше не нуждался в искусственном дыхании. Его GCS поднялась до 14 баллов. Через сутки после операции был сделан контрольный сканер:



Контрольный сканер показывает хорошее удаление гематомы мозжечка с исчезновением смещения соседних ему структур и ствола мозга. Заметьте также и наличие пузырьков воздуха в ложе, где была гематома и наличие воздуха внутри черепа (пневмоцефалия) - это нормальные явления после нейрохирургической операции на уровне черепной коробки.

Во время операции (после удаления гематомы) было сделано шунтирование спинномозговой жидкости из переднего рога правого **стрикционного** желудочка. Наблюдение за внутричерепным давлением выявило отсутствие гидроцефалии, что и позволило устранить эту систему двумя днями позже.

В периоде после нейрохирургической операции основной проблемой для этого пациента стала ингаляционная пневмония из-за дисфагии как следствие временного сжатия ствола мозга.

От бронхиальных секретов был изолирован Протей мирабилис (*Proteus mirabilis*), что позволило провести селективное антибиотическое лечение вместе с симптоматическими мерами (аэрозоли, увлажнение воздуха, дыхательная кинезитерапия). К этому лечению была добавлена ортофония, и все это позволило решить эту проблему через несколько недель.

После стабилизации неврологического и общего состояния пациента он был направлен для интенсивной комплексной реабилитации.

Через шесть недель после операции была сделана контрольная МРТ, чтобы искать артериовенозную мальформацию. В конечном итоге, такая мальформация не была найдена.

*Чтобы знать больше*

### **Спонтанная гематома мозжечка (СГМ)**

Спонтанные гематомы мозжечка представляют примерно 10 % гематом мозговой ткани.

Они могут быть спонтанными и травматическими (они не будут обсуждаться здесь).

Спонтанные гематомы мозжечка бывают

- первичными: они наступают из-за долговременной и плохо контролируемой артериальной гипертонии; их патоморфологическая база - микроаневризмы Шарко – Бушара;
- вторичными: следующие причины могут быть упомянуты здесь:
  - артериовенозные мальформации;
  - опухоли;
  - амилоидная ангиопатия;
  - лекарства: антикоагулянты, симпатикомиметики;
  - наличие спонтанной внутричерепной гипотензии;
  - после нейрохирургических операций.

Исходя из их местоположения, различаются спонтанные гематомы мозжечка:

- срединной линии или в непосредственной близости к ней;
- в одном из полушарий мозжечка (латеральное местоположение).

Местоположение СГМ имеет значение одновременно потому, что клиническая картина разная, а еще и потому, что лечебный подход часто разный.

Относительно клинической картины надо сказать, что начало СГМ обычно внезапное с появлением головных болей, иногда с тошнотой, с головокружением и с нарушением равновесия. Уровень сознания может быть нормальным или с самого начала пониженным.

Среди локализационных признаков можно упомянуть атаксию одной или обеих конечностей с той же самой стороной тела, лицевой паралич (периферический или центральный) и паралич движения глаз. Эти признаки, в принципе, расположены со стороны гематомы.

Дифференциальный диагноз делается с ишемическими инсультами мозжечка и ствола мозга, с субарахноидальным кровоизлиянием, с острой субдуральной гематомой.

Окончательный диагноз ставится при помощи сканера или МРТ.

*Лечение пациентов со спонтанными гематомами мозжечка должно производиться в специализированных неврологических и нейрохирургических отделениях.*

Стандартное лечение - это нейрохирургическая операция. При этом при СГМ с латеральным местоположением и с маленьким размером (< 30 мм в диаметре) первоначально можно начать консервативное лечение и оперировать только при ухудшении.

Правильное лечение, включающее хирургию, постхирургическое консервативное лечение и комплексную реабилитацию, позволяет большинству пациентов со спонтанной гематомой мозжечка выжить и остаться с достаточной степенью автономности для самостоятельной жизни.

### Признак горы Фуджи

Признак горы Фуджи - это диагноз, который ставится благодаря образным исследованиям мозга (КТ или МРТ). Он наблюдается при тензионной пневмоцефалии, когда наличие механизма **однопосочного** клапана позволяет воздуху войти в черепную коробку, но не позволяет ему выйти. Его можно наблюдать после нейрохирургии, черепных травм, иррадиации черепа или спонтанно. Лобные доли сжаты воздухом и напоминают конус - конус горы Фуджи.

Клиническая картина представлена головными болями, нарушениями уровня сознания и очаговыми поражениями. Лечение синдрома горы Фуджи - нейрохирургия.

---

*061. Пациентка с синдромом Гийена – Барре, который ухудшается после первоначального улучшения*

---

Эта 53-летняя женщина пришла для срочной неврологической консультации 25-го сентября, направлена к нам коллегами одной ближней реабилитационной больницы.

Мотивом для неврологической консультации этой пациентки явились следующие факты:

- 02-ого августа этого года в одной университетской больнице ей был поставлен диагноз синдрома Гийена – Барре восходящего сетивнодвигательного типа с вялым тетрапарезом (мышечная сила была 3/5 повсюду) и с диффузным болевым синдромом,
- с 08-ого по 12-ое августа было проведено лечение с внутривенным введением поливалентных иммуноглобулинов в дозе 0,4 гр/кг веса тела, пациентка хорошо восстановилась с возобновлением способности ходить;
- 2-ю днями раньше она начала проходить функциональную реабилитацию, а в последние 3 дня снова началось ухудшение ее неврологического состояния.

Итак, если подсчитать, то прошёл 51 день (7 недель и 2 дня) между началом синдрома Гийена – Барре и началом ухудшения ее неврологической проблемы.

**Анамнез текущего обострения ее неврологического состояния показывает:**

1. Перед обострением паралича появились боли в правой верхней конечности, которые длились только несколько часов, и пациентка почувствовала быстрое наступление слабости одновременно в своих верхних и в нижних конечностях.
2. В течение этих трех дней между рецидивом паралича и нашей консультацией пациентка имела нарушенную чувствительность на левой щеке, металлический вкус во рту и неясное зрение. Эти проблемы постепенно ослабли и во время консультации уже не были так явно заметны.
3. У нее не было ни острого бронхита, ни диареи (как минимум) за последние три недели перед возобновлением паралича.
4. После возобновления паралича у пациентки были затруднения с мочеиспусканием, которые уже не налицо.

Ей трудно ходить, и, прежде всего, у нее очень неприятные боли, которые её мучают, несмотря на назначенное лечение двумя антинеуропатическими противоболевыми препаратами.

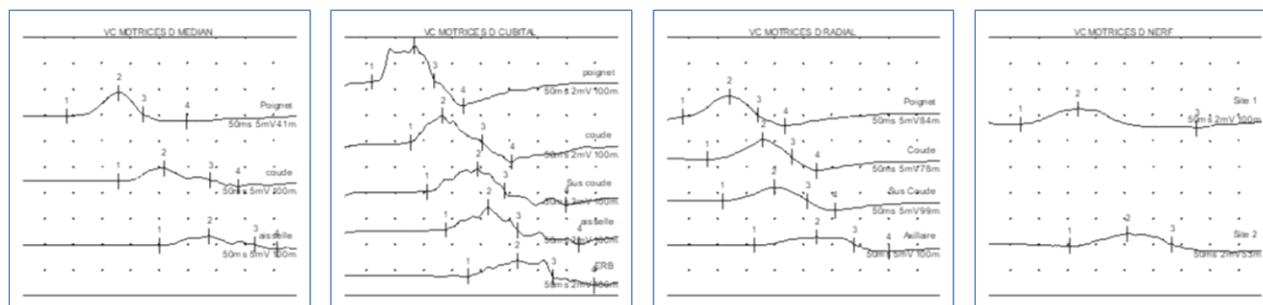
**Результаты клинического неврологического исследования:**

1. Отсутствие клинических особенностей со стороны черепных нервов.
2. Двусторонняя дисметрия при пальце – носовой пробе, Д > Л.
3. Нарушение глубокой сетивности обеих нижних конечностей: пациентка не может правильно определить, который из ее пальцев ног мы зажимаем, и куда мы его двигаем.
4. Отсутствие дизестезии и гипестезии, но при ЭНМГ электрические стимуляции воспринимаются как крайне неприятные и даже как болезненные.
5. Частичная гипотрофия обоих коротких разгибателей пальцев ног, обеих передних большеберцовых мышц и, в меньшей степени, червеобразных мышц обеих кистей.
6. Изучение сухожильных рефлексов показало, что налицо оба пястно-лучевые рефлексы, а рефлекс бицепса +/- в обе стороны. Все остальные сухожильные рефлексы верхних и нижних конечностей отсутствуют.
7. Нет пирамидных рефлексов.
8. Налицо общая слабость: обе грудинно-ключично-сосевидные мышцы: 4+/5, плечи: 4/5 справа и 4+/5 слева, сгибание и разгибание предплечья: 4/5 справа и 4 +/5 слева, те же самые констатации для обеих кистей: 4/5 справа и 4+/5 слева; бедра: 4/5 справа и 4+/5 слева, сгибание и разгибание голеней 4+/5 справа и 4/5 слева, сгибание стоп и больших пальцев стоп: 0/5 справа и 3/5 слева, а разгибание стоп и больших пальцев стоп: 4/5 справа и 4+/5 слева.
9. Положение стоя и, как следствие, ходьба, невозможны.

## ЭНМГ дала следующий результат:

**Скорость проводимости по двигательным волокнам**

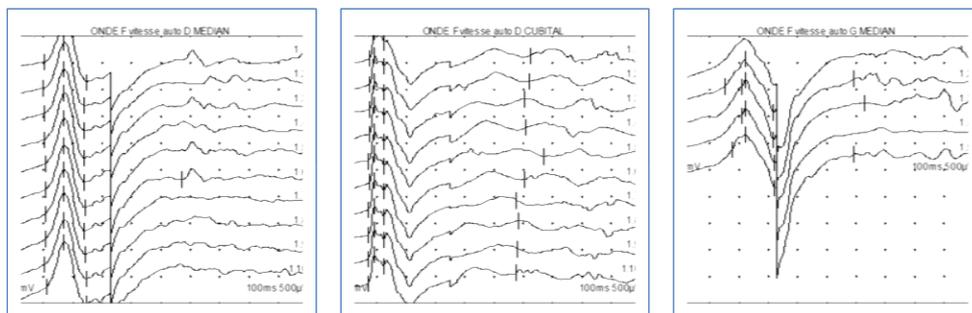
Нерв / Места стимуляции	Латентное время мс	Амплитуда 1-2 мВ	Поверхность мВмс	Уменьшение поверхности, %	Расстояние см	Скорость м/с
<b>ПРАВЫЙ СРЕДИННЫЙ НЕРВ С РЕГИСТРАЦИЕЙ ОТ КОРОТКОЙ МЫШЦЫ, ОТВОДЯЩЕЙ БОЛЬШОЙ ПАЛЕЦ КИСТИ</b>						
Запястье	8,95	4,6	25,4	100		
Локоть	17,85	2,6	17,1	67,3	25	28,1
Точка Ерба	25,00	1,8	12,9	50,8		
<b>ЛЕВЫЙ СРЕДИННЫЙ НЕРВ С РЕГИСТРАЦИЕЙ ОТ КОРОТКОЙ МЫШЦЫ, ОТВОДЯЩЕЙ БОЛЬШОЙ ПАЛЕЦ КИСТИ</b>						
Запястье	11,90	3,1	24,3	100		
Локоть	24,25	2,4	21,2	87,4	25	20,2
Точка Ерба	30,25	1,9	12,7	52,5	31	51,7
<b>ПРАВЫЙ ЛОКТЕВОЙ НЕРВ С РЕГИСТРАЦИЕЙ ОТ ВОЗВЫШЕНИЯ МИЗИНЦА</b>						
Запястье	5,95	2,8	18,1	100		
Ниже локтя	12,70	2,1	12,6	69,8	21,5	31,9
Выше локтя	15,50	1,8	13,2	73,1	6,4	22,9
Мышка	19,00	1,8	10,6	58,7	13	37,1
Точка Ерба	22,85	1,3	12,8	70,6	18	46,8
<b>ПРАВЫЙ ЛУЧЕВОЙ НЕРВ С РЕГИСТРАЦИЕЙ ОТ РАЗГИБАТЕЛЕЙ КИСТИ</b>						
Запястье	4,00	4,1	27,3	100		
Локоть	8,15	3,8	23,7	86,9	8,3	20,0
Выше локтя	10,80	2,7	20,3	74,6	10	37,7
Точка Ерба	16,55	1,6	15,9	58,2	29	50,4
<b>R ПРАВЫЙ БОЛЬШЕБЕРЦОВЫЙ НЕРВ С РЕГИСТРАЦИЕЙ ОТ КОРОТКОГО СГИБАТЕЛЯ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ</b>						
Тыльная сторона лодыжки	24,90	0,2	1,8	100		
Подколенная ямка	53,20	0,1	1,3	71,6	34	12,0
<b>ПРАВЫЙ ОБЩИЙ МАЛОБЕРЦОВЫЙ НЕРВ (из-за отсутствия ответа от короткого разгибателя пальцев ног)</b>						
Под головкой малоберцовой кости	6,85	1,3	14,9	100		
Над головкой малоберцовой кости	15,35	1,0	9,3	62	7	8,2
<b>ЛЕВЫЙ ОБЩИЙ МАЛОБЕРЦОВЫЙ НЕРВ (из-за отсутствия ответа от короткого разгибателя пальцев ног)</b>						
Под головкой малоберцовой кости	5,75	1,7	11,7	100		
Над головкой малоберцовой кости	8,45	1,0	6,6	56,1	6,5	24,1



Слева направо: Скорость проводимости по двигательным волокнам правого срединного, правого локтевого, правого лучевого и левого общего малоберцового нервов. Повсюду видны блоки проводимости и рассеяние сигнала во времени, что в ЭНМГ равнозначно демиелинизации по этим двигательным нервам.

**Скорость волн F**

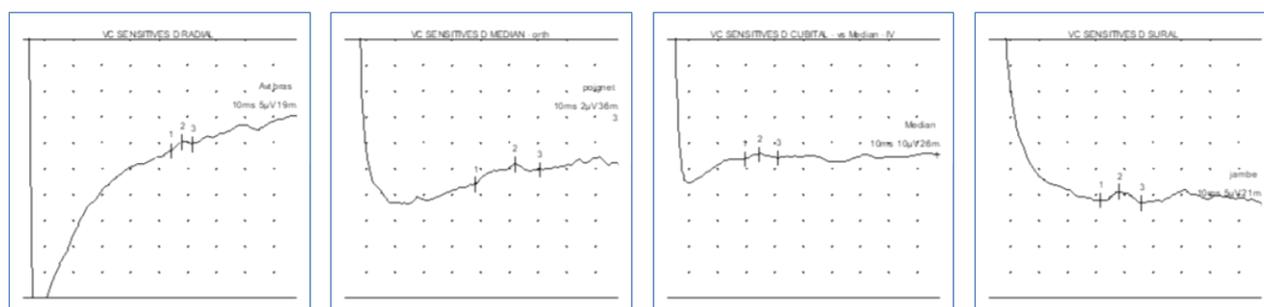
Нерв	Латентное время мс	Расстояние см	Скорость F м/с	F-M min мс
ПРАВЫЙ СРЕДИННЫЙ	57,15	77	34,0	46,35
ПРАВЫЙ ЛОКТЕВОЙ	57,55	77	31,2	50,35
ЛЕВЫЙ СРЕДИННЫЙ	59,40	77	35,7	41,40



Слева направо: Изучение волн F правого срединного, правого локтевого и левого срединного нервов. Повсюду видно удлинение времени появления волн F и, как следствие, понижение скорости проксимальной проводимости, что равнозначно проксимальной демиелинизации.

#### Скорость проводимости по сетивным волокнам

Нерв / Места регистрации	Места стимуляции	Латентное время, мс	Амплитуда мкВ	Расстояние см	Скорость м/с	
ПРАВЫЙ СРЕДИННЫЙ – ортодромно	Запястье	2 <sup>ое</sup> межкостное пространство	4,80	1,6	8	16,7
ЛЕВЫЙ СРЕДИННЫЙ – ортодромно	Запястье	2 <sup>ое</sup> межкостное пространство	3,20	2,6	8,3	25,9
ПРАВЫЙ ЛОКТЕВОЙ – ортодромно	Запястье	4 <sup>ое</sup> межкостное пространство	2,95	1,9	8,3	28,1
ПРАВЫЙ ИКРОНОЖНЫЙ НЕРВ	Икра	Внешняя сторона лодыжки	4,15	2,2	8,5	20,5
ЛЕВЫЙ ИКРОНОЖНЫЙ НЕРВ	Икра	Внешняя сторона лодыжки	4,70	1,7	10	21,3
ПРАВЫЙ ЛУЧЕВОЙ – ретродромно	Тыльная сторона руки	Предплечье	5,40	1,7	8,5	15,7
ЛЕВЫЙ ЛУЧЕВОЙ – ретродромно	Тыльная сторона руки	Предплечье	1,55	8,7	8,8	56,8
ПРАВЫЙ ТЫЛЬНЫЙ НЕРВ СТОПЫ	Внешняя часть голени	Дорсальная сторона стопы	5,15	1,3	13	25,2



Слева направо: Скорость проводимости (СП) по сетивным волокнам правых лучевого, локтевого, срединного и икроножного нервов. Повсюду видно значимое замедление СП, что равнозначно демиелинизации по этим нервам.

#### Заключения:

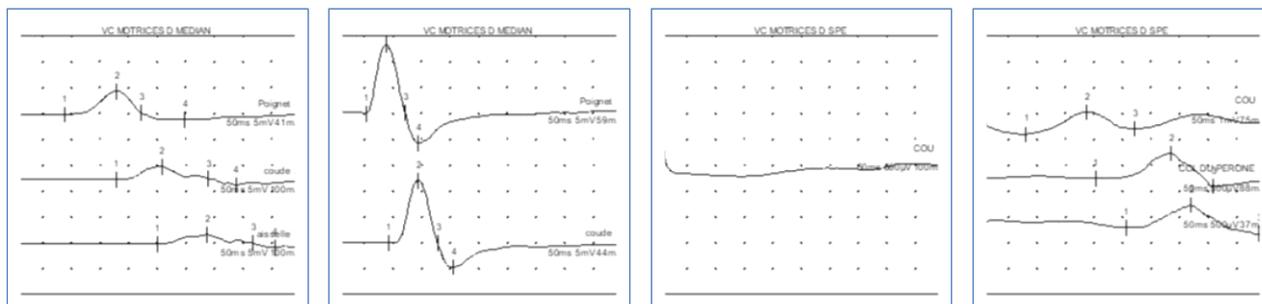
1. Аргументы в пользу демиелинизации двигательных и сетивных нервов четырех конечностей. Эта демиелинизация одновременно дистальная и проксимальная.
2. На уровне двигательных волокон эта демиелинизация выявляется также под видом рассеяния сигнала во времени и блоках проводимости.
3. **Результат ЭНМГ вместе с анамнезом и клинической картиной говорит в пользу ухудшения синдрома Гийена – Барре.**

Наконец, мы подходим к вопросу: как надо решать эту новую проблему?

**Лечение ухудшения синдрома Гийена – Барре то же самое, что и лечение первоначального эпизода: поливалентные иммуноглобулины (ПВИГ) внутривенно или плазмаферез.**

Сюда же относятся и превентивные антидекубитальные меры и функциональная реабилитация.

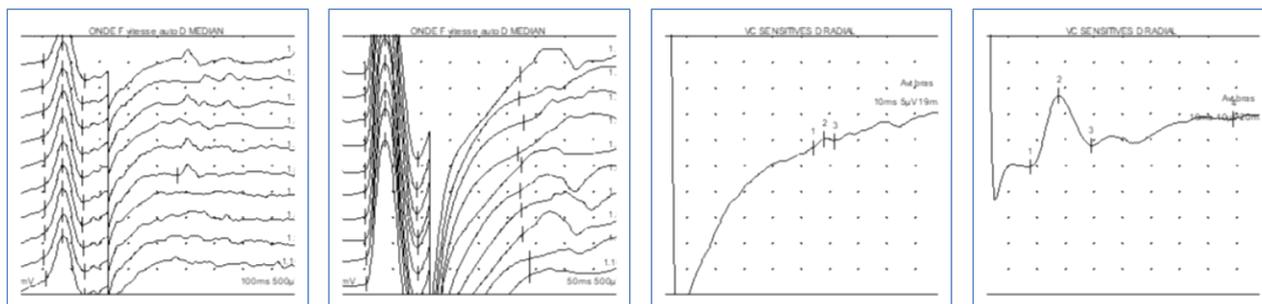
Конечно, лечение было начато сразу, и результат был впечатляющим: после 2-го дня введения ПВИГ исчезли сетивные нарушения и боли, а после третьего дня этого лечения пациентка стала снова ходить. Через четыре месяца после начала ухудшения ее синдрома Гийена – Барре клиническое состояние пациентки было нормальным, и контрольная ЭНМГ - явно лучше:



Слева направо скорости проводимости по двигательным волокнам:

На первом графике: Ответы пары „правый срединный нерв – правая короткая мышца, отводящая большой палец кисти“ в начале ухудшения, а на втором графике - та же самая пара (без стимуляции в мышке) 4-мя месяцами позже.

На третьем графике: Нет ответов от пары „правый общий малоберцовый нерв – короткий разгибатель пальцев ног“ в начале ухудшения, а на четвертом графике - появление двигательных ответов у той же самой пары 4-мя месяцами позже.



Слева направо. *Примечание:* Скорость развертки на втором графике в два раза быстрее, чем на первом графике:

На первом графике: Волны F правого срединного нерва в начале ухудшения: скорость проксимальной проводимости по двигательным волокнам – 34,0 м/с.

На втором графике: Волны F того же самого нерва 4-мя месяцами позже: скорость проксимальной проводимости по двигательным волокнам – 59,8 м/с.

На третьем графике: Сетивный ответ правого лучевого нерва в начале ухудшения.

На четвертом графике: Сетивный ответ того же самого нерва 4-мя месяцами позже.

В конечном итоге, через 10 месяцев после начала своего синдрома Гийена – Барре и почти через 8 месяцев после его ухудшения наша пациентка смогла снова зажить своей обычной повседневной личной и профессиональной жизнью.

### Чтобы знать больше

При ЭНМГ периферических нервов при (сомнении) синдроме Гийена – Барре исследование должно охватить как минимум 4 двигательных нерва с изучением волн F и 3 сетивных нерва.

И так как ЭНМГ на ранней стадии синдрома Гийена – Барре может быть нормальным, то вполне логично в таком случае повторить это исследование несколькими днями позже, если диагностическое сомнение для этого заболевания еще существует.

Для окончательного ЭНМГ диагноза синдрома Гийена – Барре нужно наличие как минимум на двух двигательных нервах следующих критериев демиелинизации:

1. Очаговое замедление, рассеяние сигнала во времени и / или блок проводимости.

2. Отсутствие волн F или наличие волн F с удлинённым минимальным латентным временем (замедленная максимальная скорость) и отсутствие рефлекса H.

Синдром Гийена – Барре может ухудшиться, а также может появиться снова.

**Ухудшение в случае синдрома Гийена – Барре** определяется как первоначальное улучшение синдрома Гийена – Барре, за которым следует ухудшение неврологического состояния в течение первых 8 недель после начала этого заболевания.

*После лечения синдрома Гийена – Барре при помощи внутривенных поливалентных иммуноглобулинов или плазмафереза у около 5 % этих случаев наступает ухудшение.*

**Повторное появление синдрома Гийена – Барре** определяется как появление двух или больше синдромов Гийена – Барре, разделённых между собой минимальным промежутком времени от:

- более, чем 2 месяца, если предыдущий эпизод не оставил последствий или
- более, чем 4 месяца, если предыдущий эпизод оставил последствия.

В медицинской литературе известны описания нового появления синдрома Гийена – Барре через 43 года после предыдущего случая.

Содержание

Наименование документа	Рассматриваемые нозологические единицы и проблемы
001 <b>Хороший анамнез - это первый шаг к правильному диагнозу</b>	<i>Три практических примера для хорошего анамнеза из личной клинической практики. Правило „Qui bene interrogat bene diagnoscit, qui bene diagnoscit bene curat“</i>
002 <b>Один хорошо снятый анамнез, и мы снова поставили правильный диагноз</b>	<i>Снятие анамнеза: практический клинический пример при межпозвоночной грыже на шейном уровне. Теоретические аспекты снятия анамнеза; симптом Ромберга, осуществление теста Ромберга: нормальный результат и виды патологических результатов, Мориц Гейнрих Ромберг</i>
003 <b>Каков Ваш диагноз (1)?</b>	<i>Передний межкостный нерв; синдром Рамзей Ханта; односторонний синдром Рейно; нейрофиброматоз первого типа; двусторонний синдром запястного канала; болезнь Шарко – Мари – Тута; пальцы Гипократа; боковые укусы языка; щелкающий палец; онихофагия</i>
004 <b>Транзиторная ишемическая атака - к ней всегда следует относиться серьезно (1)</b>	<i>Транзиторная ишемическая атака: клиническая картина, анализы крови, суточное мониторирование сердечного ритма, суточное мониторирование кровяного давления, ночная оксиметрия, ультразвуковое исследование венозных участков артерий мозга, терапевтический подход, вывод из этого случая, шкала ABCD<sup>2</sup>; факторы сердечнососудистого риска; метаболический синдром</i>
005 <b>Транзиторная ишемическая атака - к ней всегда следует относиться серьезно (2)</b>	<i>Транзиторная ишемическая атака: клиническая картина, анализы крови, суточное мониторирование сердечного ритма, суточное мониторирование кровяного давления, ночная оксиметрия, ультразвуковое исследование сердца, терапевтический подход; шкала NIHSS</i>
006 <b>Транзиторная ишемическая атака - к ней всегда следует относиться серьезно (3)</b>	<i>Транзиторная ишемическая атака: клиническая картина, анализы крови, суточное мониторирование сердечного ритма, суточное мониторирование кровяного давления, ночная оксиметрия, ультразвуковое исследование артерий мозга, терапевтический подход; критерии степени стеноза в коленовнутренней сонной артерии (сегмент C1) и в проксимальном участке (M1) средней мозговой артерии при транскраниальном ультразвуковом исследовании в горизонтальном и в коронарном плане с коррекцией угла; колена внутренней сонной артерии; шкалы ABCD<sup>3</sup>, ABCD<sup>3</sup>-I и ABCD<sup>3</sup>-I<sup>2</sup> в сравнении со шкалой ABCD<sup>2</sup></i>
007 <b>Один классический ишемический лакунарный инсульт (1)</b>	<i>Клинический случай при классическом лакунарном инсульте; пять классических лакунарных синдромов</i>
008 <b>При головокружении всегда надо проверять артериальное кровообращение мозга</b>	<i>Головокружение при гемодинамически значимом двустороннем стенозе обеих внутренних сонных артерий; правило индекса ACC/ACI; исследование поведения кровотока в супратрохлеарных артериях; музыкальные шумы; турбулентный артериальный кровоток; постстенотическая реактивная струя</i>
009 <b>Менингеальный синдром - он не всегда инфекционного происхождения</b>	<i>Менингеальный синдром; разграничение между настоящей менингеальной скованностью и ограничением сгибания позвоночника механического происхождения; симптом Кернига; Владимир Михайлович Керниг; симптомы Брудзинского; Йозеф Поликарп Брудзински; признак Флатоу; Эдуард Флатоу</i>

010	<b>Спонтанное субарахноидальное кровоизлияние: типичный случай</b>	<i>Спонтанное субарахноидальное кровоизлияние: анамнез, клиническая картина, люмбальная пункция, радиологические исследования, лечение, возможные ранние и поздние осложнения; превентивное лечение при асимптоматической аневризме артерий мозга; специальный случай перимезэнцефального субарахноидального кровоизлияния; синдром Терсона; операция разорванной аневризмы мозговой артерии; лечение возможной гидроцефалии; лечение спазма внутричерепных артерий; лечение возможной гипонатриемии; анатомическое расположение внутричерепных аневризм; шкала Ханта и Хесса относительно прогноза при спонтанных субарахноидальных кровоизлияниях</i>
011	<b>Транзиторная глобальная амнезия</b>	<i>Клинический случай транзиторной глобальной амнезии: анамнез, клиническая картина, параклинические исследования, возможные этиологии, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз</i>
012	<b>Один особый случай обратимой лейкоэнцефалопатии</b>	<i>Синдром обратимой задней энцефалопатии: история, причины, клиническая картина, радиологическая картина (магнитно-резонансная томография), лечение, прогноз</i>
013	<b>Один вид тремора, который обязательно надо знать</b>	<i>Эссенциальный тремор: клиническая картина, параклинические исследования (включая тест с очерчиванием спирали), дифференциальный диагноз, виды лечения, прогноз</i>
014	<b>Аспирационная пневмония - частая проблема у неврологических пациентов</b>	<i>Воспаление лёгочной ткани вследствие проникновения инородных веществ в дыхательные пути: этиология, причинные микроорганизмы, клиническая картина, сканер лёгких, лечение, профилактические меры; синдром Мендельсона</i>
015	<b>Один асимптоматический стеноз внутренней сонной артерии</b>	<i>Асимптоматические атероматозные стенозы внутренней сонной артерии: ультразвуковое исследование, ангио-МРТ, лечебное поведение в зависимости от степени стеноза; лучевые стенозы и повторные постхирургические стенозы сонных артерий</i>
016	<b>Синдром Шварца – Бартера</b>	<i>Синдром Шварца – Бартера: анамнез, клиническая картина, биологические данные; сканер и позитронно-эмиссионная томография с <sup>18</sup>F-ФДГ грудной клетки; мелкоклеточный рак лёгких; история, определение, причины и лечение синдрома Шварца – Бартера</i>
017	<b>Когда предыдущий уход за больным был сделан недобросовестно</b>	<i>Рак тела матки, позитронно-эмиссионная томография всего тела; реабилитация промежности</i>
018	<b>Обе ноги, которые болят по-разному</b>	<i>Боли в нижних конечностях: артериальная сосудистая перемежающаяся хромота и периферическая нейрогенная перемежающаяся хромота; ультразвуковое исследование брюшной аорты, подвздошных артерий и артерий нижних конечностей; аортно-подвздошная форма облитерирующего эндартериита нижних конечностей; классификация Фонтейна и Покровского</i>
019	<b>Пациент с головными болями и с неизвестным нарушением свёртывания крови</b>	<i>Витамин К; пища и витамин К; тест Коллера</i>
020	<b>Одна такая типичная спутанность сознания...</b>	<i>Бессудорожный и конфузионный эпилептический статус: клиническая картина, ЭЭГ, лечение; предложение для нового определения эпилептического статуса; текущее определение тонико-клонического эпилептического статуса; определение для бессудорожного и конфузионного эпилептического статуса; периодические латерализованные эпилептиформные разряды (ПЛЭР)</i>
021	<b>Компрессионный перелом позвонка - есть эффективное восстановительное лечение</b>	<i>Эффективное лечение при компрессионном переломе позвонка; вертебропластика; кифопластика; костный цемент; spine jack; системная эмболия костного цемента; классификация переломов позвонков по Магерл</i>
022	<b>Головокружение: так много возможных причин...</b>	<i>Первоначальное клиническое проявление мерцательной аритмии с головокружением; головокружение: определение, неврологические и не неврологические причины</i>
023	<b>Спонтанные „электрические“ боли вдоль правого бедра</b>	<i>Нейропатические боли при заболевании спинномозговых корешков; позвоночные метастазы при злокачественных заболеваниях</i>

024	<b>Нормотензивная гидроцефалия, АВК и люмбальная пункция - одно очень плохое сочетание</b>	<i>Люмбальная пункция у пациента с лечением антивитамином К и нераспознанной хронической гематомой; нераспознанный перелом бедренной кости из-за плохого клинического осмотра пациентки</i>
025	<b>Одна черепно-мозговая травма: два десятилетия спустя (1)</b>	<i>Черепно-мозговая травма; люмбальная пункция; пневмококк (<i>Streptococcus pneumoniae</i>), пневмококковый менингит; гемофильная палочка (<i>Haemophilus influenzae</i>), острый гнойный <i>Haemophilus influenzae</i> менингит, тримерные автотранспортные адгезины, С-реактивный белок (СРБ)</i>
026	<b>Одна черепно-мозговая травма: два десятилетия спустя (2)</b>	<i>Черепно-мозговая травма; люмбальная пункция; гемофильная палочка (<i>Haemophilus influenzae</i>), острый гнойный <i>Haemophilus influenzae</i> менингит, остеоменингеальная брешь, заклеивание остеоменингеальной бреши, хирургические клеи</i>
027	<b>Техника кровяной заплатки</b>	<i>Головные боли из-за пониженного внутричерепного давления при остеоменингеальной бреши; техника кровяной заплатки при остеоменингеальной бреши</i>
028	<b>Должны ли мы беспокоиться или нет из-за этой проблемы?</b>	<i>Субарахноидальные кисты: асимптоматические и симптоматические (клиническая картина, механизм однонаправленного клапана; лечение)</i>
029	<b>Ультразвуковое исследование внемозговых участков артерий мозга</b>	<i>Теоретические и практические аспекты ультразвукового исследования внемозговых участков артерий мозга: обшая сонная артерия, обший сонный синус, внемозговые участки внутренней сонной артерии, внешняя сонная артерия, внемозговые участки позвоночной артерии (V<sub>0</sub>, V<sub>1</sub>, V<sub>2</sub>, V<sub>3</sub>); оптимизирование ультразвукового образа</i>
030	<b>Ультразвуковое исследование внутричерепных участков артерий мозга</b>	<i>Ультразвуковое исследование:внутричерепные участки передней, средней и задней черепных артерий, участок V<sub>4</sub> позвоночной артерии и базилярная артерия</i>
031	<b>Ультразвуковое исследование - универсальный метод для исследования человеческих сосудов (1)</b>	<i>Ультразвуковое исследование артерии конечностей; классическая клиническая картина при окклюзии периферической артерии (правило шести английских букв „P“)</i>
032	<b>Я не хочу оставаться в больнице!</b>	<i>Синдром Гийена – Баре; клинические формы синдрома Гийена – Баре; антитела анти GQ1b; Что такое энцефалит Бикерстафа?; Кем был Чарльз Миллер Фишер?; Кем был Эдвин Бикерстаф?</i>
033	<b>Одна потенциально смертельная инфекция головного мозга (1)</b>	<i>Герпетический менингоэнцефалит: клиническая картина, радиологические исследования, люмбальная пункция, лечение</i>
034	<b>Феномен Утхоффа</b>	<i>Феномен Утхоффа: клинический случай этого феномена; феномен Утхоффа: причины, патофизиология, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика; обратный феномен Утхоффа; Вильгельм Утхофф</i>
035	<b>Паралич Белла (идиопатический неврит лицевого нерва)</b>	<i>Клинический случай идиопатического неврита лицевого нерва: анамнез, клиническая картина, исследования, дифференциальный диагноз, лечение; идиопатический неврит лицевого нерва; причины паралича лицевого нерва; дифференциация периферического от центрального паралича лицевого нерва; особый случай паралича обоих лицевых нервов</i>
036	<b>Симптоматический периферический паралич лицевого нерва (1)</b>	<i>Симптоматический периферический паралич лицевого нерва из-за метастаза в левой височной кости; самые частые причины для симптоматического паралича лицевого нерва; обший и свободный простатический специфический антиген</i>
037	<b>Боли в пояснице и боли в нижних конечностях не всегда имеют неврологическое происхождение (1)</b>	<i>Синдром Лершиа: клиническая картина, ультразвуковое исследование, ангиосканер брюшной аорты, подвздошных артерий и артерий нижних конечностей; Рене Лерши</i>
038	<b>Метастатические опухоли головного мозга (1)</b>	<i>Метастатические опухоли головного мозга: клиническая картина, использование сканера и магнитно-резонансной томографии для их изображений, позитронно-эмиссионная томография с <sup>18</sup>F-ФДГ, рентгенография грудной клетки, бронхоскопия, сканер всего тела, основные онкологические заболевания, дающие метастатические опухоли мозга, местоположение метастатических опухолей мозга</i>

039	<b>Один сложный клинический случай: как предотвратить кардиоэмболический риск у этого пациента?</b>	<i>Травматическая гематома мозга, лечение антивитамином К, неклапанная мерцательная аритмия, шкала CHADS<sub>2</sub>, шкала CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, шкала HAS-BLED, шкала EHRA, связанных с мерцательной аритмией клинических симптомов, закрытие уха левого предсердия перкутанным путем</i>
040	<b>Синдром запястного канала: классическая ситуация</b>	<i>Синдром запястного канала: клиническая картина, визуальное представление (снимки), ЭНМГ исследование, лечение, предрасполагающие факторы</i>
041	<b>Когда медицинские заботы хороши с самого начала</b>	<i>Компрессия спинного мозга из-за неходжкиновой лимфомы: анамнез, клиническая картина, диагноз, лечение</i>
042	<b>Передозировка антивитамина К (1)</b>	<i>Клинический случай передозировки антивитамина К; антивитамины К: показания для лечения, передозировка; флуиндион; человеческий протромбиновый комплекс</i>
043	<b>Вазовагальные обмороки, неизвестная эпилепсия или...?</b>	<i>Клинический случай внезапной потери сознания; дифференциальный диагноз при потере сознания; вазовагальный обморок (синкоп); синоатриальная блокада</i>
044	<b>Одно неврологическое заболевание, которое встречается часто и которое иногда трудно диагностируется</b>	<i>Шейная миелопатия: типичная клиническая картина, параклинические исследования, дифференциальный диагноз, лечение</i>
045	<b>Генерализованная эпилепсия с тонико-клоническими приступами (1)</b>	<i>Генерализованная эпилепсия типа Grand Mal: клиническая картина, параклинические исследования; электроэнцефалограмма в периоды между эпилептическими приступами; повреждение Хилл – Сакса головки плечевой кости; повреждения Банкарта</i>
046	<b>Синдром внутричерепной гипертензии</b>	<i>Синдром внутричерепной гипертензии: клинический пример; теоретическое рассмотрение этой проблемы; доктрина Монро – Кели</i>
047	<b>Когда неврологическая проблема может скрыть соматические проблемы</b>	<i>Головные боли; перемежающаяся хромота брижейки; ультразвуковое исследование, ангио-сканер и ангио-MPT брюшной аорты и ее висцеральных ветвей; избирательная ангиография чревного ствола; синдром компрессии чревного ствола</i>
048	<b>Альтернирующие синдромы - одна классическая ситуация в неврологии</b>	<i>Клинический случай альтернирующего синдрома, сканер и МРТ головного мозга; синдром Вебера; интерпедонкулярный синдром; синдром Нотнагеля; синдром Бенедикта; синдром Фовилля; синдром Гасперини; синдром Мийяра – Гюблера; синдром Авелиса; парамедианный дорсальный синдром продолговатого мозга; синдром Валенберга; синдром Бабински – Нажотта; синдром Цестана – Шене; базилярная артерия (БА), ветки БА, тромбоз БА: причины, клиническая картина, лечение и окончательный результат</i>
049	<b>Одна не такая частая, но классическая причина ишемического инсульта</b>	<i>Клиническая картина ишемического кардиоэмболического инсульта при наличии открытого овального окна с право-левым шунтом, гомонимная гомолатеральная гемипарезия, ангио-MPT Виллизиева круга при окклюзии правой задней мозговой артерии, лечение; открытое овальное окно: определение, частота, ультразвуковая картина, терапевтические рекомендации</i>
050	<b>CADASIL</b>	<i>CADASIL: классическая клиническая картина, сканер и МРТ головного мозга, диагноз, дифференциальный диагноз, терапевтические возможности</i>
051	<b>Болезнь Хортона</b>	<i>Болезнь Хортона (гигантоклеточный артериит): клиническая картина, диагностические критерии, биопсия височной артерии, лечение, ультразвуковое исследование височной артерии, внечерепные проявления болезни; Байард Тейлор Хортон</i>
052	<b>Одна болезнь, родственная болезни Хортона</b>	<i>Ревматическая полимиалгия (РПМ): клиническая картина, параклинические исследования, электрофорез сывороточных белков, диагностические критерии Берда, дифференциальный диагноз, лечение</i>
053	<b>Когда у пациента болит голова, первое, что надо сделать, это...</b>	<i>Артериальная гипертензия; первоначальный медицинский уход за пациентом с новооткрытой артериальной гипертензией; изменяемые факторы сердечно-сосудистого риска, неизменяемые факторы сердечно-сосудистого риска</i>
054	<b>Когда человек не лечит свою артериальную гипертензию (1)</b>	<i>Гипертензивная энцефалопатия: клиническая картина, параклинические исследования, включая МРТ головного мозга, возможные осложнения, лечение</i>

055	<b>Спонтанная гематома мозжечка - настоящее неотложное неврологическое и нейрохирургическое состояние</b>	<i>Клинический случай спонтанной гематомы мозжечка: сканер и МРТ головного мозга, этиологический диагноз, дифференциальный диагноз, лечение; спонтанная гематома мозжечка: частота и виды спонтанных гематом мозжечка, клиническая картина, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение, возможные осложнения; признак горы Фуджи</i>
056	<b>Спонтанное внутримозговое кровоизлияние при артериальной гипертонии (1)</b>	<i>Клинический случай спонтанного внутримозгового кровоизлияния при артериальной гипертонии, сканер головного мозга, лечение; перфорирующие артерии мозга; липогиалиноз; микроаневризмы Шарко – Бушара</i>
057	<b>Мультиформная глиобластома: типичная клиническая картина (1)</b>	<i>Мультиформная глиобластома: определение, клиническая картина, типичные локализации, лечение; индекс Карновского; протокол Ступпа</i>
058	<b>Экстрапирамидное расстройство: болезнь Паркинсона, паркинсонизм-плюс или...?</b>	<i>Клинический случай паркинсон-плюс синдрома: анамнез, клиническая картина, сканер, МРТ и результат сцинтиграфии с <sup>123</sup>I головного мозга, лечение; экстрапирамидные синдромы / болезнь Паркинсона / паркинсон-плюс синдромы</i>
059	<b>Одна классическая форма начинающейся болезни Паркинсона (1)</b>	<i>Клинический случай идиопатической болезни Паркинсона: анамнез, соматический клинический осмотр; неврологический клинический осмотр; сцинтиграфия с <sup>123</sup>I головного мозга, лечение; шкала UPDRS и шкала MDS-UPDRS; тест с Л-ДОФА; тест с апоморфином; исследование двигательной активности пациента при помощи (3<sup>-ой</sup> части) шкалы UPDRS с оценкой результатов</i>
060	<b>Синдром Паркинсона лекарственного происхождения</b>	<i>Клинический случай паркинсонового синдрома из-за лечения с антипсихотическим препаратом, результат сцинтиграфии с <sup>123</sup>I головного мозга, лечение; лекарства, которые могут быть причиной паркинсон-плюс синдрома; принципы профилактики появления паркинсон-плюс синдрома лекарственного происхождения; отравления, которые могут привести к синдрому Паркинсона</i>
061	<b>Пациентка с синдромом Гийена – Барре, который ухудшается после первоначального улучшения</b>	<i>Синдром Гийена – Барре восходящего сетивнодвигательного типа: неврологический осмотр, ЭНМГ, лечение с поливалентными иммуноглобулинами; ухудшение после первоначального улучшения при синдроме Гийена – Барре; повторное появление синдрома Гийена – Барре</i>
062	<b>Когда поражён бедренный нерв, то всегда надо думать о тазобедренном суставе (1)</b>	<i>Мононейропатия бедренного нерва при поражении тазобедренного сустава; тест Патрика, практическое правило при боли в колене; бедренный нерв</i>
063	<b>Синдром запястного канала: особые формы</b>	<i>Три клинических случая начальной и очень продвинутой формы синдрома запястного канала; теоретическое обсуждение этой проблемы; одна эффективная техника ЭНМГ исследования для синдрома запястного канала посредством сравнений дистального латентного времени двигательного ответа пар „срединный нерв на уровне запястья и 2<sup>-ая</sup> червеобразная мышца“ и „локтевой нерв на уровне запястья и 2<sup>-ая</sup> тыльная межкостная мышца“</i>
064	<b>Триада Хакима</b>	<i>Нормотензивная гидроцефалия (НТГ); триада Хакима; люмбальная пункция с лечебной целью при НТГ; Саломон Хаким Доу</i>
065	<b>Нераспознанное вовремя расслоение позвоночной артерии</b>	<i>Клинический случай нераспознанного вовремя спонтанного расслоения позвоночной артерии: клиническая картина, сканер головного мозга, ультразвуковое исследование артерий мозга, МРТ головного мозга, ангио-МРТ вентральных участков артерий мозга, периметрия, лечение; расслоение позвоночной артерии: основные моменты</i>
066	<b>Двойное невезение: плохая идея подождать с консультацией при наличии головных болей и плохие первоначальные медицинские заботы</b>	<i>Клинический случай нераспознанного вовремя спонтанного расслоения позвоночной артерии: клиническая картина, сканер и МРТ головного мозга, лечение; медиальный продольный пучок (fasciculus medialis longitudinalis, FML); межъядерная офтальмоплегия; WEBINO</i>
067	<b>Одна редкая, но широко разрекламированная неврологическая патология</b>	<i>Снохождение; система HLA; парасомнии глубокого медленного сна</i>
068	<b>Ботулотоксин в неврологической практике</b>	<i>Ботулотоксин; комплекс SNARE; показания для использования ботулинического токсина в неврологии; пищевой ботулизм</i>

---

069	<b>Синдром Диогена?</b>	<i>Гипофизный макроаденом; острая надпочечная недостаточность: причины, клиническая картина, лечение; опухоли гипофиза; синдром Диогена</i>
070	<b>Спондилодисцит - это всегда настоящее неотложное состояние</b>	<i>Спондилодисцит: этиология, клиническая картина, этиологический диагноз при помощи биологических исследований, сканера, магнитно-резонансной томографии и биопсии инфицированного межпозвоночного диска, лечение</i>

---